

同意書

平成 年 月 日

MBK連合健康保険組合理事長 殿

現在申請中の「移送承認申請書・移送届」処理に際し、貴組合が受診医療機関、及び、療養を担当した医師に対して、照会する必要がある場合はこれに同意します。

記号・番号 _____

被保険者住所 〒

被保険者氏名 _____ (印)

(対象者)氏名 _____ (印)

*取得した個人情報、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

MBK連合健康保険組合