

太陽生命健康保険組合理事長 殿

同意書

私は、下記について本書をもって異議なく同意します。

1. 貴組合に対して請求した療養費等の支給決定に関して、貴組合が、負傷や疾病の症状または労務不能の判定等において調査が必要なときは、事業主や他の保険者、療養を担当した医師等に必要な情報を提示することおよび照会すること。
2. 必要に応じて医療機関よりX線・CT写真等及び診療録（写）等を収集されること。
3. 事業主や他の保険者、療養を担当した医師等に貴組合が過去の傷病歴を知らせる場合があること。
4. 本書の写しも有効とします。

令和 年 月 日

住 所 _____

被保険者 _____ 印

受診者 _____ 印