

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、負傷や疾病の症状等調査が必要なときは、事業主、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. 貴組合が必要に応じて医療機関よりX線・CT写真等及び診療録（写）等を収集すること。
3. 貴組合が事業主、療養を担当した医師等に過去の傷病歴を知らせる場合があること。

※ 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