

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 理事長 宛

照 会 同 意 書

私は、日本アイ・ビー・エム健康保険組合が健康保険法に基づく療養費（あんま・マッサージ・はり・きゅう）の支給決定を行なうにあたり、関係機関等に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関等がそれら照会の回答をすることに同意いたします。

* 関係機関等とは、以前加入されていた健康保険組合若しくは協会けんぽ、及び医療機関、施術所、事業所を指します。 また、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

以 上

令和 年 月 日

療養を受けた者の氏名

_____ (印)

保険証記号・番号

_____ -