

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、健康保険法に基づく療養費の支給決定を行なうにあたり、日本アイ・ビー・エム健康保険組合が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、医療機関、装具作成業者を指します。 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

保険証記号・番号

—

氏 名（装具装着者）

⑩

（代理署名者の）氏 名

⑩