同　意　書

令和　　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、照会する必要が生じた場合はこれに

同意します。

記号・番号

　　　　　　　　被保険者住所　〒

被保険者氏名

(対象者)氏名

|  |
| --- |
| \*取得した個人情報は、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 |