

関東信用組合連合健康保険組合 御中

同 意 書

健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、関東信用組合連合健康保険組合が関係諸機関（前加入保険者・医療機関・年金事務所、官公署等）に対して、資格記録・給付記録・診療履歴、受診状況・年金・雇用保険等の受給の有無、支給額の照会を行うこと、また、関係諸機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

なお、本同意書の写しも有効といたします。

年 月 日

記 号・番 号

被保険者住所 〒

被保険者氏名

印