同　意　書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、サンリオ健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対してサンリオ健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。

また、上記照会を行うにあたり、サンリオ健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件についてサンリオ健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

なお、本書の写しも有効と致します。

サンリオ健康保険組合　理事長　殿

同意日　　令和　　年　　月　　日

健康保険 記号－番号　　－

被保険者 生年月日　　年　　月　　日

被保険者 住所 〒　　-

被保険者 氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿