同　　意　　書

　保険給付を受けるにあたり必要があるときは、私の【診療録の内容】【診療報酬明細書の内容】【調剤報酬明細書の内容】【現金給付記録】【療養の給付記録】【資格記録】【年金の受給記録】【失業等給付の受給記録】【その他必要事項】について、神奈川県石油業健康保険組合が関係機関に照会し、その回答を得ることに同意します。

神奈川県石油業健康保険組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

（対象者）
住所　　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）＊対象者が署名できない場合は上下どちらも記入してください。
住所　　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

対象者からみた続柄　＿＿＿＿