

C&R グループ健康保険組合 理事長殿

同 意 書

私は、健康保険法に基づく保険給付の支給可否決定に関する調査のため、C&Rグループ健康保険組合が必要とする事項（個人情報含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所および負傷に関わった団体等に対してC&Rグループ健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意いたします。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

健康保険の記号・番号 _____

被保険者氏名（自署） _____

被保険者住所 _____
