

個人情報の取扱いについての同意書

愛知県国民健康保険連合会 御中

・この様式は交通事故による場合、必須書類です。〈共済様式〉22に加え提出してください。
・医療機関(医師)ではなくご請求者様が作成してください。

私は、令和 ●年 8月 10日発生 of 交通事故における被共済者の傷病について公益社団法人全国子ども会連合会「全国子ども会安全共済会」またはその委託を受けた者が、下記の行為を行うことに同意します。

記

被共済者の貴健康保険使用日、診療機関(病院等)、健康保険適用額等の健康保険適用に関することについて説明を受けること

・ 同意日 令和 ●年 9月 15日

・ 住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

・ 氏名 音羽 達也 (印)

・同意日は請求日と同じ日を記入してください。
・被共済者が未成年の場合は親権者の名前をご記入ください。

患者(被共済者)様との関係 [本人・配偶者・親権者・法定相続人・その他()]

(注) 同意された方が患者(被共済者)様ご本人の場合は、以下の記入は不要です。

患者(被共済者)様の

住所 愛知県〇〇市〇〇町〇〇-〇

氏名 音羽 翔太

健康保険組織へ照会する場合に必要な書類ですので、自署の場合でも必ず押印してください。

生年月日 (昭和・平成・令和) ●年 5月 15日生

〈個人情報の取り扱いについて〉
本共済契約に関する個人情報は、公益社団法人全国子ども会連合会が共済引受の審査、本共済契約の履行のために利用いたします。
ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
また、上記の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、共済金の請求・支払いに関する関係先等に提供することがあります。