

個人情報の取扱いについての同意書

〇〇県国民健康保険連合会

御中

健康保険証でご加入の健康保険組織
をご確認してご記入ください。

私は、令和〇年8月7日発生の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）
関することについて説明を受けること

ケガ(病気)をされた方が18歳未満
の場合は、親権者のお名前を記入し
てください

・ 同意日 令和〇年9月15日

・ 住所 子ども県文京市大塚町1-10

・ 氏名 音羽 達也

印

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

患者（被共済者）様の

健康保険組織へ照会する場合に必
要となる書類ですので、自署の場
合でも必ず押印願います。

住所 子ども県文京市大塚町1-10

氏名 音羽 翔太

生年月日 (昭和・平成・令和) 25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。