

同 意 書

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿

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、ポーラ・オルビスグループ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ポーラ・オルビス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致します。

また、上記照会を行うにあたり、ポーラ・オルビスグループ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。

なお、本書の写しも有効と致します。

年 月 日

住所 〒 _____

TEL (_____) _____

氏名 _____ ㊟ ※自筆でお願い致します。

【参考：健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。