

# 委 任 状

(保険給付の支給決定にかかる情報取得の同意書)

埼玉県金属加工健康保険組合が、保険給付の支給決定のため必要があるときは、わたしが受けた保険者、医療機関等から保険給付、医療行為、年金加入記録等の情報を提供することを委任します。また健康保険組合の職員を復代理人に選任することを承諾します。

年 月 日

【代理人】 埼玉県金属加工健康保険組合理事長 様

【委任者】 氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

保険証の記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

基礎年金番号 \_\_\_\_\_