イノアック健康保険組合殿

同意書

事故日　　　　　　　年　　　月　　　日

今回の交通事故に係るイノアック健康保険組合が立替た保険給付費を損害保険会社に請求するにあたり私の個人情報、診療報酬明細書（レセプト）の写しを、損害保険会社に提供することに同意します。

　　　　　　年　　　月　　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　自署の場合は押印を省略できます。

なお、個人情報の提供に同意いただけない場合は保険給付費の返還をしていただくことになりますので、ご留意ください。