プルデンシャル健康保険組合　理事長 殿

同　意　書

私（受診者）は、この事故に関して、健康保険診療を受けております。

その為、貴組合が、健康保険法第５７条による損害賠償請求権の代位取得をし、損害賠償請求権を行使する際、加害者若しくは保険会社等へ当事故に関する「診療報酬明細書(写) 」を送付する事について何ら異議なく同意いたします。

なお、私（受診者）が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

記

事故発生日時　　年　　月　　日

事故発生場所

※　受診者ご自身でご記入ください。

※　受診者が未成年の場合は被保険者がご記入ください。

年　　月　　日

受診者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　受診者が未成年の場合は、被保険者氏名もご記入ください。

被保険者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿