

同 意 書

(誓 約 書)

ユニプレス健康保険組合 理事長 様

私は、健康保険法に基づく健康保険給付等に関し、診療報酬明細書及び関係書類(写し)について、ユニプレス健康保険組合が、関係諸機関に照会及び送付依頼を行うことに同意します。

(後日、本件については、貴組合に対して一切の異議・請求等の申立てをしません。)

なお、本書の写しも有効とします。

令和 年 月 日

被保険者等の記号・番号 ()

住 所 _____

名 前 _____ (印)

ユニプレス健康保険組合に加入して1年未満の方は、当組合加入前に加入していた健康保険組合について、ご記入願います。

勤務していた事業所名称 _____

加入していた保険者名称 _____

被保険者等の記号・番号 _____