

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

令和 年 月 日

## 証 明 願

がん研究会健康保険組合 殿

住 所 〒 \_\_\_\_\_

被保険者氏名(自署) \_\_\_\_\_

被保険者電話番号 \_\_\_\_\_ 内線番号 ( \_\_\_\_\_ )

健康保険証の記号番号 \_\_\_\_\_ 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

事業所の名称 \_\_\_\_\_

証明書の種類 \_\_\_\_\_ 医療費のお知らせ(医療費通知)

注) 当組合では、医療費通知は世帯まとめて通知いたします。

証明期間 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 ~ 令和 年 月受診分

証明書の目的 \_\_\_\_\_

※個人ごとに証明希望の方は、証明が必要な方の氏名・生年月日を下記にご記入ください。

注) 個人情報保護法では、個人情報取扱事業者(当健保を含む)は、あらかじめ、本人の同意を得ないで、個人情報を第三者に提供してはならないとされています。従って、例えば、民間保険会社、職場、学校等の第三者から健康情報等の照会があった場合には、本人の同意を得ないで第三者に個人データを提供することはありません。しかし、被保険者にとって利益となるものや医療費通知などの現行通知方法を変更することにより、健保組合の負担が膨大である上、明示的な同意を得ることが必ずしも本人にとって合理的であるとはいえない内容については、被保険者等から特段明確な反対・保留の意思表示がない場合には、これらの個人情報の利用について黙示による包括的な同意が得られているものとして取り扱ってよいこととされています。

なお、「医療費のお知らせ」については、被保険者本人だけでなく、家族の方にかかわる事項となりますので、家族の方も対象となります。当健保では、事項について包括的な合意を得たこととして取扱います。