

個人情報の第三者提供に関する同意書

令和 年 月 日

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

住所

氏名

私は、私が被った保険事故について、貴広域連合が取得した損害賠償請求権の行使にあたり、貴広域連合が保有する次に掲げる私に関する個人情報を、次に掲げる利用目的のため（損保会社等）に対して提供することに同意します。

記

1 提供する個人情報

- ①保険事故に関する後期高齢者医療診療報酬明細書
- ②診断書
- ③念書
- ④その他

2 利用目的

（損保会社等）に対する第三者行為の求償事務