

個人情報の第三者提供について同意のお願い

個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）では、個人情報の目的外利用や第三者に提供する場合は、本人の同意を得ることとされています。

キタムラ健康保険組合では、「医療費のお知らせ」、「給付金支給決定通知書」、「負傷原因報告のお願い」を世帯ごとにまとめて被保険者宛に送付することとしておりますが、これにつきましてご本人またはご家族の方から特段のお申し出がない場合は、「同意（黙示）」をいただいたものとさせていただきますので、ご了承くださいませようお願いいたします。

なお、同意されない場合などにつきましては、キタムラ健康保険組合までお申し出ください。

キタムラ健康保険組合

〒780-0823

高知県高知市菜園場町 1-21 四国総合ビル 5F

TEL：088-804-3038