

同意書

令和 年 月 日

市光工業健康保険組合理事長殿

現在請求中の治療用装具の支給決定に際し、貴組合が傷病の主状態等を受領医療機関及び療養を担当した医師に対して照会する必要がある場合は、これに同意します。

記号・番号

被保険者住所 〒 ー

氏 名 ⑩

なお、照会先が複数となる場合、本書の写しも有効とさせていただきます。

※取得した個人情報は、資格取得調査及び保険給付金支給決定の目的以外で使用いたしません。