

同意書

令和 年 月 日

市光工業健康保険組合理事長殿

現在申請中の傷病手当金・出産手当金に際し、貴組合が傷病の主状態等を受診医療機関及び療養を担当した医師に対して照会をする必要が生じた場合は、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。