

同意書

私が提出した傷病手当金請求書について、貴職が支給の審査に必要な医療情報等を療養担当医師に照会し、当該医療機関が医療情報等を提供することに同意します。

平成 年 月 日

住所
氏名

⑩

岐阜県プラスチック事業健康保険組合
理事長 殿