

同意書

私は、貴健康保険組合に対して請求した「健康保険傷病手当金」の支給決定に関して、貴健康保険組合が、負傷や疾病の症状または労務不能の判定等において調査が必要なときは、事業主や他の保険者、療養を担当した医師等に必要な情報を提示することおよび照会することに本書をもって異議なく同意します。

また、必要に応じて医療機関よりX線・CT写真等及び診療録（写）等を収集されることについても本書をもって同意します。

令和 年 月 日

太陽生命健康保険組合理事長 殿

住 所 _____

署 名 _____ 印