

# 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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

岐阜県プラスチック事業健康保険組合

理 事 長 殿