

同 意 書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、大阪瓦斯健康保険組合が関係機関に対し、私自身の保険給付の記録、資格記録、療養の給付記録、診療に関する照会を行うことに同意いたします。

*関係機関とは、当健康保険組合加入前の保険者、日本年金機構、及び受診していた医療機関等を指します。

また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

〒 ー
住所

被保険者氏名

印
