

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。

被保険者記入欄

	記入日	_____	年	_____	月	_____	日
住所							
〒	_____	-	_____				

被保険者氏名							印

被保険者記号				被保険者番号			
_____				_____			