
同意書

私は、大阪瓦斯健康保険組合が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、関係機関に対し私自身の保険給付の記録・資格情報・療養の給付記録・診療に関する内容等の照会を行うこと、またその回答・提供を受ける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・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

大阪瓦斯健康保険組合 理事長 殿

住 所

氏 名

印

(旧姓：)