

音羽健康保険組合 理事長 様

## 同 意 書

私は、音羽健康保険組合が保険給付（傷病手当金）の支給決定するうえにおいて、関係各位に対し、私の加入時の被保険者記号番号及び加入期間、また、保険給付（療養・現金ともに）の記録・診療報酬明細書について照会あるいは提供を求めた場合、これを提供及び開示することに同意いたします。また、医療機関及び担当医師への意見照会問合せについて同意いたします。

なお、次回以降の傷病手当金の申請においても、支給決定上必要がある場合は、随時医療機関及び担当医師へ意見照会をすることについても同意いたします。

\*「関係各位」とは保険者・団体（会社他）等を指します。また照会は複数となる場合があります。

令和            年            月            日

住所：

氏名：

⑩