

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、ヒロセ電機健康保険組合が関係機関(医療機関・前加入保険者・年金事務所等)に対して、資格記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

住 所

氏 名