

ノリタケグループ健康保険組合 理事長 殿

西暦 年 月 日

同意書

私は、貴組合が健康保険法に基づく療養費等の給付決定を行うに当たり、必要に応じ受診者である私ないしは私の家族に関連して官公庁や保険者、医療機関等に照会を掛け、報告を求めることに同意し、一切の異議を唱えません。

療養費等の種類 (選択肢番号に○印をお付け下さい)

- ①治療用装具
- ②海外療養費
- ③傷病手当金
- ④その他 ()

被保険者

署名 _____ 印

保険証

記号 _____ 番号 _____

住 所

受診者

氏名 _____

被保険者との続柄： _____

(被保険者と異なる場合のみ署名、未成年者は任意)

署名 _____ 印

*本同意書有効期間は署名日から1年間