

同 意 書

熊本県自動車販売店健康保険組合
理事長 殿

私、氏名_____ は自動車販売店健康保険組合より傷病手当金の受給にあたり、該当疾患について給付に必要な照会確認がある場合、
自動車販売店健康保険組合が医療機関または、年金事務所・労働基準監督署等へ
必要な照会確認を行い、情報提供をうけることに同意します。

令和 年 月 日

被保険者 記号・番号 _____

住 所

氏 名

印