

足利銀行健康保険組合

理事長 殿

同意書

健康保険法に基づく保険給付（傷病手当金・療養費等）の支給決定を行うにあたり、足利銀行健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、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。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

※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。

令和 年 月 日

記号 — 番号

被保険者住所

被保険者氏名

⑩