

同意書

保険給付の支給決定を行うにあたり、産業機械健康保険組合が関係機関(医療機関等)に対し照会すること、及び資料提供すること、また、関係機関等が照会に回答すること、及び資料提供することに同意いたします。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

産業機械健康保険組合 殿

令和 年 月 日

記号・番号 _____ .

被保険者氏名 _____

〒

被保険者住所 _____

電話番号 (_____)