

東京地下鉄健康保険組合 理事長 殿

同 意 書

私は、貴組合が保険給付の支給決定するにあたり、必要に応じて関係機関(事業主・医療機関・前加入保険者等)に下記の情報を提示すること及び照会することに同意します。

なお、本書の写しも有効と認めます。

1. 被保険者氏名・生年月日
2. 記号・番号
3. 事業所名・所在地
4. 被保険者加入期間
5. 給付記録(傷病名・支給期間・請求回数・支給額等)
6. その他、支給に関し必要な情報

年 月 日

住 所

氏 名

