

名古屋鉄道健康保険組合 御中

同 意 書

私は、健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、名古屋鉄道健康保険組合が関係機関（医療機関・前加入保険者等）に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また、関係機関が名古屋鉄道健康保険組合の照会に対して回答をすることに同意いたします。

なお、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____ (印)