サノフィ健康保険組合　理事長殿

同　意　書

　健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行なうにあたり、

サノフィ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・

診療履歴等の照会を行なうこと、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、以前加入されていた健康保険組合及び受診していた医療機関等、支給決定にあたり、審査すべき事項を調査する対象機関全てを指します。

また、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

〒　　　　－

申請者住所

　電話番号

　生年月日　　　　 　　　　年　　　　月　　　　日

　当組合の記号－番号　　　　　 　　―

事業所名

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞