

同意書

私_____が東京都情報サービス産業健康保険組合に請求している海外療養費支給申請書の決定に際し、東京都情報サービス産業健康保険組合から海外で受診した医療機関等に対し、支給決定に必要な診療履歴等の照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

記号・番号 _____

住 所

氏 名 _____ 印

生 年 月 日 昭・平・令 年 月 日