

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て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

健康保険証の記号と番号	—
被 保 険 者 氏 名	(フリガナ) _____
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 _____ - _____
本 人 確 認 欄	<input type="checkbox"/> この同意書を作成したのは申請者本人(被保険者)です ※忘れずに <input checked="" type="checkbox"/> を記入ください