

## 同 意 書

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、富士フイルムグループ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、以前加入していた健康保険組合および受診していた医療機関等を指します。  
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

記号・番号

住所

氏名

