

同意書

日清オイリオグループ健康保険組合 殿

私は、私が請求しております傷病手当金について、日清オイリオグループ健康保険組合が支給決定するにあたっての審査のために、過去の傷病手当金受給記録の照会、医療機関に診察内容等の照会、及びそれらの回答を得ることに同意いたします。

以上

令和 年 月 日

記号・番号 _____

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

※ 2年以内に日清オイリオグループ健康保険組合に加入された方は、直前の状況についてご記入ください。（新卒採用の方は不要です。）

保 険 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	平成・令和 年 月 ～ 平成・令和 年 月
資 格	☐ 被保険者
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	