

マクニカ健康保険組合理事長 殿

## 同 意 書

私は貴組合が傷病手当金の支給にあたり、以前加入していた保険者及び、  
事業主、医療機関、官公庁等へ照会することに同意いたします。

また、本同意書の写しも有効であることに同意いたします。

以上

令和 年 月 日

住 所

電話 番 号

氏 名

印

生 年 月 日