

ワールド健康保険組合 理事長殿

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、ワールド健康保険組合が、関係機関が保有する給付記録・療養の給付記録・診療履歴・就業状況・産業医面談記録・診断書等の閲覧又はコピーを行うこと、及び、当該関係機関が上記閲覧又はコピーを行わせることに同意します。

また、本同意書の写しも有効であることに同意します。

※本同意書において「関係機関」とは受診した医療機関、勤務先等を指します。

令和 年 月 日

住 所

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

氏 名

印