被保険者→健康保険組合

同　意　書

令和　　年　　月　　日

オリンパス健康保険組合　理事長殿

現在請求中の療養費の支給決定に際し、貴組合が必要と認めたときに、次の事項を照会することに同意します。

医療機関及び関係機関に診療内容を照会すること

尚、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

保険証等の記号・番号　　－

請　求　者　住　所　〒　　－

氏　　名　　印