

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。

記 号 ・ 番 号 ー

請 求 者 住 所 〒 ー

氏 名