

玩具人形健康保険組合 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、私が過去に加入していた保険者に対し、玩具人形健康保険組合が給付記録等の照会を行うこと、また私が過去に加入していた保険者が上記照会に関する回答を玩具人形健康保険組合に対して行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

氏名