

同意書

私は傷病手当金の請求にあたり、シミックグループ健康保険組合において、支給決定をするにあたって、関係機関等への照会およびその回答を得ることに同意いたします。

なお、本紙の写も有効と認めます。

年 月 日

住所

氏名