

大阪工作機械健康保険組合 御中

同意書

貴健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

令和 年 月 日

被扶養者・法定代理人

住所

氏名

⑩

(未成年者等氏名 :)

(注) 被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入してください。