

同 意 書

私は傷病手当金支給申請に当たり、SUMIグループ健康保険組合が支給決定するにあたっての審査のために、関係機関等への照会及びそれらの回答を得ることに同意いたします。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

現住所

氏名(自署)

旧姓: