

同意書

(誓約書)

令和 年 月 日

ロイヤル健康保険組合
理事長 殿

私は、貴組合が傷病手当金の支給に関し、必要に応じて事業主・担当医または他の関係する保険者等に必要な情報を提示することおよび照会することに同意します。

なお、本書の写しも有効といたします。

被保険者氏名(自署)