

同意書

健康保険法に基づく保険給付金の支給決定にあたり、私が過去に加入していた保険者に対し、東京都電機健康保険組合が保険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対して東京都電機健康保険組合に対して回答することに同意いたします。

※照会先が複数となる場合は、本書の写しも有効といたします。

令和 年 月 日

住 所 〒

氏 名