

## 同意書

私が、保険医療機関で受診をいたしました貴組合保管の診療報酬明細書（写）が公務認定に必要なため、地方公務員災害補償基金（所属所経由）へ下記受診期間分の診療報酬明細書を提出することに同意します。

平成 年 月 日

岡山県市町村職員共済組合理事長 様

組合員証記号番号 .....

住所 .....

氏名 ..... (印)

電話番号 .....

診療報酬明細書の必要期間 年 月～ 年 月まで