

同意書

- 1 傷病手当金の支給の決定のために必要があるときは、私が受給権を有する年金について、年金事務所又は共済組合等に照会することに同意します。
- 2 傷病手当金の支給の決定のために必要があるときは、傷病手当金請求の原因となった傷病に関する情報について、岡山市町村職員共済組合が、私が受診した医療機関及び担当医師に照会することに同意します。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

(注) 同意書への署名押印がない場合、受給権を有する年金や傷病手当金の原因傷病に関して、共済組合が確認したい情報があるときは、請求者ご自身に直接、当該情報の提供をお願いしていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。