

セールスフォース健康保険組合 理事長 殿

同意書

私_____は傷病手当金支給申請に当たり、セールスフォース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、関係機関等に対して健康保険加入記録・給付記録・療養の給付の記録・診療内容及び履歴・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会及び関係機関等がそれらの回答を行う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

被保険者等 記号 番号

住所 〒

署名 (自署)