

初回請求時に提出してください。

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、広島県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。

△△△△年 △月 △日

組合員名前 共 済 太 郎

(組合員等記号・番号 △△△△-△△△△)

- (注) 1 同意書への署名がない場合、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。
- 2 この「同意書」は、傷病手当金の初回請求時に添付してください。