

承諾書

現在請求中の傷病手当金の給付審査のために、
関係諸機関が荏原健康保険組合に給付記録、診断内容などについて開示する
必要を認め、開示することを承諾いたします。

なお、本書の写しも有効といたします。

令和 年 月 日

記号・番号：

現住所：

氏名：