

同意書

私は傷病手当金支給申請に当たり、FWD生命保険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、関係機関等への照会及びそれらの回答を得る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

被保険者証の記号____ 番号_____

氏名

生年月日 年 月 日

住所