

同意書

私は、労働者災害補償保険法に基づく労災保険給付に係る調査として、貴労働基準監督署の職員が、私の治療（過去の私病を含み、適用保険を問わない）に関し、

- ① 診療担当医師又はその他医療関係者に照会等を行うこと。
- ② 医療機関に診療物件の提出（閲覧、借用を含む）を求めること。
- ③ 年金事務所、協会けんぽ、健康保険組合、市区町村等に給付歴の照会等を行うこと。
- ④ 家族、職場関係者等に照会等を行うこと。

について異議はなく、本書をもって同意します。なお、この同意書は「写し」も有効とし、この回付を受けた者又は機関等が当該調査に応じることについても同意します。

令和 〇年 〇月 〇日

〇〇 労働基準監督署長 殿

住所 福井県福井市××3丁目×番×号

めがねマンション303号室

氏名 福井 一郎

電話 090 (××××) ××××

* 必ず本人が自書してください。