

同意書

労働基準監督署長 殿

私が請求している労働者災害補償保険法に基づく保険給付の決定に際して、
労働基準監督署の職員が、必要に応じ、下記の者が加入していた健康保険
等の受給状況や傷病の状態等について、官公庁等の保険者や医療機関等に対し
て調査を実施することに同意します。

記

死亡した者の氏名 _____

健康保険等の加入状況は次のとおりです。

() 内に健康保険等の被保険者証の内容等を記入して下さい。

【保険記号番号】

記号 () 番号 ()

【保険者名称】 いずれかに記入して下さい。

全国健康保険協会 () 支部 [政府管掌健康保険の場合]

() 健康保険組合 [組合管掌健康保険の場合]

() 市 (区町村) 役所 [国民健康保険の場合]

【保険者所在地】

()

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____