

# 同意書

私が申請している労働者災害補償保険法に基づく保険給付に関し、必要な場合は、労働基準監督署職員が医療機関や官公庁等の保険者に対し、私の加入している健康保険等での受給状況や病状・症状等について調査を実施することに同意します。

なお、上記調査にかかるレントゲン写真・診療録・診療費請求内訳書（レセプト）等の資料を開示することについても同意します。

また、本書の複写も同等の効力があることを認めます。

## 【健康保険・国民健康保険等の加入状況】

\* 健康保険（国民健康保険）被保険者証の内容をご記入ください。

### 保険記号番号

記号（ ）番号（ ）

### 保険者（所轄事務所）名称

全国健康保険協会（ ）支部

（ ）健康保険組合

（ ）市（区町村）役所

いずれかに記入

### 保険者（所轄事務所）所在地

（ ）

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_