主　治　医　殿

同　　意　　書

私の傷病について、貴殿に対して委任者であるサンヨー連合健康保険組合から照会があった場合は、原因や症状、あるいは既往症や治療内容等についてご回答いただくことに同意致します。

また、診断書または証明書についてお願いすることがある場合についても、その段には、委任者に一任致しますので、宜しくお願い申し上げます。

令和　　年　　月　　日

受 診 者　住 所　〒　　－

氏　名　　印

生年月日　　年　　月　　日

被保険者　住 所　〒　　－

氏　名　　印

委任者　名　称　　サンヨー連合健康保険組合
所在地　　〒541－0043　大阪府大阪市中央区高麗橋 4-5-2
担当部署　　業務課　（第三者行為担当者）
電話番号　　06－6484－5822
受診者との関係　　保険者

以　上