

# 同意書

年 月 日

千歳市長 宛

私（被保険者） \_\_\_\_\_ と、世帯主 \_\_\_\_\_ は、千歳市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）について、千歳市の職員が、申請書類等に記載されている事実（診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等）を確認するため、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報提供を受けることに同意します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入してください。