

日本ケミコン健康保険組合 御中

同意書

貴健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

令和 年 月 日

当該事故の該当者住所・氏名

住 所

氏 名

(未成年者等氏名：)

(注)被扶養者が未成年者等の場合には被保険者が記入してください。