

# 同意書

トーエネック健康保険組合 御中

私は、下記における受傷者に関して、自賠責保険等への健康保険療養給付費請求のために提出もしくは貴組合が取得した下記に掲げる書類の写しを、貴組合が損害保険会社等へ提出することに同意します。

## 記

- |         |                      |
|---------|----------------------|
| 1. 事故日  | 令和 年 月 日             |
| 2. 受傷者  |                      |
| 3. 生年月日 | 昭和 年 月 日             |
| 4. 対象書類 | 本交通事故に関するレセプトおよび関係書類 |

令和 年 月 日

同意人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受傷者との関係 \_\_\_\_\_