住友重機械健康保険組合 理事長 殿

同　意　書

私は、住友重機械健康保険組合に請求している「海外療養費支給申請書」の給付決定に際し、住友重機械健康保険組合から海外で受診した医療機関等に対して、支給決定に必要な診療履歴等の照会を行うことに同意します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

事業所名				
被保険者等 記号・番号	記号		番号	
被保険者名				
被保険者 住所	〒			
受診者氏名			被保険者との 続柄	
受診者 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日			
受診者 住所	〒			

令和　　年　　月　　日

受診者氏名
（自署）

※自署できない場合は捺印が必要です。

令和6年12月改訂