

豊田自動織機健康保険組合 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なう際、請求書類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。

年　　月　　日

受診者・法定代理人

住所_____

氏名_____印_____

(未成年者氏名:)

※受診者が未成年者の場合には、法定代理人(被保険者)が記入してください。