（特退・任継用）

富士通健康保険組合　理事長　宛

同　意　書

今般提出した『療養費支給申請書』に関して、医療機関および装具製作会社に

対し、富士通健康保険組合から以下の内容について照会を行うこと、また照会先が

回答・提出を行うことに同意致します。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

　　・今回の傷病に関する症状および診療内容（医療機関宛）

・今回作成した装具装着に伴う治療効果（医療機関宛）

・装具装着後の療養上の指示内容（医療機関宛）

・装具の製作過程（装具製作会社宛）　　　　　　　　　等

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　記号　　　　　　　番号

住所

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

受療者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　 ※装具購入が被扶養者の場合ご家族の氏名を記入ください