

(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