

同 意 書

年 月 日

下 川 町 長 様

住 所

氏 名

印

私は、下川町国民健康保険条例附則第 3 項の規定に基づく傷病手当金の支給を受けるに際し、その審査過程において、下川町が保有する情報のほか、事業主その他の関係機関に対して傷病手当金の支給に必要な情報を得る（確認行為を含む。）ことについて同意いたします。

このことは、私の代理人が傷病手当金の支給を受ける場合においても同様に上記行為について同意いたします。