

大阪市職員共済組合理事長様

## 同 意 書

傷病手当金の支給可否の判断に必要な場合、次の内容について同意します。

◎傷病手当金請求書に記載の傷病名

[ ]

◎同意内容

- ・ 共済組合から関係医療機関に傷病の状況及び経過の概要等について照会を行うこと
- ・ 共済組合から主治医及び関係医療機関に他の医療機関等における過去の受診歴及び診療内容等の情報提供を行うこと
- ・ 病気休暇・病気休職申請時に各所属あて提出した診断書等の内容について、共済組合が照会を行うこと
- ・ その他必要な内容について、共済組合から関係先に対し照会を行うこと

令和 年 月 日

記号番号 \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_