

# 同意書

海外にて医療行為を受け、公立学校共済組合茨城支部に療養費等の請求をする際に、公立学校共済組合茨城支部が海外診療医療機関等に対し、診療内容等を照会することに同意いたします。

令和 年 月 日

公立学校共済組合茨城支部長 殿

(届出者)

組合員証番号 (公立茨城第 \_\_\_\_\_ 号)

組合員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

自宅住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(受診者)

受診者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(続柄) \_\_\_\_\_

注意) 受診者1名につき1枚の提出になります。