

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)

組合員等番号（公立茨城第 _____ 号）

組合員氏名 _____ ⑩

自宅住所 _____

(受診者)

受診者氏名 _____ ⑩

（続柄） _____

注意）受診者 1 名につき 1 枚の提出になります。