ダイヤ連合健康保険組合 御中

同 意 書

私は、海外療養費の支給申請をするにあたり、健康保険法に則り、ダイヤ連合健康保険組合が医療関係機関に対し、療養に関する情報等の照会を行うことに、同意いたします。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印