

# 同意書

(被保険者記入用)

福岡市 **博多** 区長

福岡市国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、福岡市が関係機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行った場合に関係機関が福岡市に回答することに同意します。

また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

令和 **2** 年 **5** 月 **12** 日

被保険者住所 福岡市 **博多** 区  
○○**1丁目2番3-401**号

氏名 **福岡 花子**