同　意　書

（受診者名）

私　　が東京都土木建築健康保険組合に請求している海外療養費申請書の決定に際し、東京都土木建築健康保険組合から海外で受診した医療機関等に対し、支給決定に必要な診療履歴等の照会を行うことに同意します。

令和　　年　　月　　日

被保険者等（記号・番号）　　－

現住所

受診者氏名

※受診者ご本人様以外の方が代筆した場合は、以下に記入してください。

代筆者氏名

（続柄：　　）