

同意書

療養費（治療用装具・コルセット）の支給決定を行うにあたり、神奈川県機器健康保険組合が医療機関に対して、療養状況等の照会を行うこと、また前記照会に対し回答することの必要性を認め、これらに同意します。

神奈川県機器健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)