

令和 年 月 日

大王製紙健康保険組合  
常務理事 殿

## 同意書

私は、下記の通り、第三者行為における治療費等の求償のために、  
大王製紙健康保険組合が損害保険会社並びに自賠責保険の窓口  
に、  
直接診療報酬明細書(レセプト)の写を提出することに同意します。

### 記

〒 ー  
住 所  
被保険者名 印

(家族の場合)  
〒 ー  
住 所  
被扶養者名 印

(家族の場合で、未成年又は年齢等の問題で上記主旨が理解できない時は保護者)

〒 ー  
住 所  
被保険者名 印