

同意書

私は、令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日付で提出した損害賠償申告書に基づき、貴共済組合が保険会社等に医療費の求償をする際に必要となる診療報酬明細書（写）を送付することに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

香川縣市町村職員共済組合理事長 様

住 所 ○○○市○○○町○○○番地○○

氏 名 共 済 太 郎

