

# 個人情報に関する同意書

令和 年 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

私が傷病手当金支給申請の手続きに伴い提供する個人情報については、東京都後期高齢者医療広域連合において、支給決定に係る申出内容の事実確認のため、医療機関や事業主等への照会や確認に利用することに同意します。

また、当該手続きに関する申出内容について、新型コロナウイルス感染症の感染対策のため、感染対策部署への情報提供に同意します。

申請者 住所

---

申請者 氏名

---

⑩