

様式第1号（第2条関係）

同 意 書

川越市が関係機関(事業主、医療機関、前加入保険者、官公署等)に対して、新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金の支給に関し、必要な情報の照会を行うことに同意します。

年 月 日

世帯主住所

世帯主氏名

被保険者氏名