

# 同意書

私が東北しんきん健康保険組合より受ける保険給付金  
支給決定通知書及び支払いに関し、事業主を経由して  
行われることに同意します。

年 月 日

事業所名

証記番号

—

被保険者氏名

⑩

東北しんきん健康保険組合理事長殿