|  |
| --- |
| 　　　　年　　月　　日地方公務員災害補償基金青森県支部長殿 |
|  | 所属 |  |
|  |
|  | 氏名 |  |  |
|  |
| **承諾書** |
|  | 公務災害 |  | の認定請求に関して既往症歴の調査のため |
| 通勤災害 |
| （共済組合名等） |
|  |  | の保管するレセプトを貴支部職員が |
|  | 閲覧されることに同意します。 |
|  | 記 |
|  | １　組合員証の番号 |  |
|  | ２　調査期間 |  |
| 災害発生の日の前３か年間 |