

傷病手当金・付加金支給申請に伴う調査に係る同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、貴組合が関係機関（以前加入の健康保険組合・事業主・受診していた医療機関）に対して、給付記録等の照会および必要情報の提示を行い、関係機関からの回答を得ることに同意いたします。なお、本書の写しも有効と認めます。

年 月 日

記号 番号 _____

被保険者氏名 _____

被保険者住所 _____

TEL _____

E-mail _____

【前歴】

当組合に加入される前の直近2年間の勤務先、健康保険等をご記入ください。

なお、勤務がない場合は2～4を選択していただき、その期間をご記入ください。

加入していた健康保険の名称、記号・番号等が分からない時は、勤務していた会社にお問合せください。

1. 勤務先

1	勤務先名称	
	勤務先所在地	〒 TEL
	勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	健康保険組合名称	
	健康保険組合所在地	〒 TEL
	被保険者証	記号 番号

2	勤務先名称	
	勤務先所在地	〒 TEL
	勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	健康保険組合名称	
	健康保険組合所在地	〒 TEL
	被保険者証	記号 番号

2. 健康保険の扶養者になっていた（被扶養者の期間： 年 月 日 ~ 年 月 日）

3. 国民健康保険に加入していた（加入期間： 年 月 日 ~ 年 月 日）

4. 加入していなかった（未加入期間： 年 月 日 ~ 年 月 日）

※取得した個人情報、傷病手当金支給審査の目的以外には使用いたしません。