

税務会計監査事務所健康保険組合 理事長殿

同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行なうにあたり、税務会計監査事務所健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※ 関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合及び受診していた医療機関等を指します。

また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

以前加入していた保険者名 _____
(例：協会けんぽ東京支部)

上記の時の記号－番号 _____

以前の勤務先名称 _____
〒 _____

以前の勤務先所在地 _____
〒 _____

申請者住所 _____

電話番号 _____

生 年 月 日 _____ 昭・平 年 月 日

当組合の記号－番号 _____

申請者氏名 _____ (印)