税務会計監査事務所健康保険組合　理事長 殿

傷病手当金に関する同意書

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、税務会計監査事務所健康保険組合(以下、当組合という)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、関係機関が先の照会に関する回答を行う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

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

被保険者住所

事業所名

当組合の被保険者記号　　　　　　　　　　番号

※傷病手当金請求期間の初日が当組合に加入してから2年未満の方は、下記にご記入ください。

※2年以上の方については、必要ありません。

|  |  |
| --- | --- |
| ①以前加入していた保険者 | A.協会けんぽ又は健康保険組合 の 本人(被保険者)・ 家族(被扶養者) B.国民健康保険　　　　　C.わからない |
| (いずれかに〇をしてください) |
| ②保険者名(健保組合等の名称) |  |
| ③記号 - 番号 | 　　　　　　　　― |
| (わかる場合記入) |
| ④加入期間 | 平　　　　　 | 年　 　月　 　日 ～ | 平　　　　　 | 年　　　月　　　日 |
| 令 | 令 |
| ※以下、①欄がAの本人(被保険者)・Cの方のみ記入 |
| ⑤勤務先名称 |  |
| ⑥勤務先所在地 |  |

（R7.7月改正）