

傷病手当金支給申請に伴う同意書

被保険者証 記号・番号	—	事業所名	
-------------	---	------	--

同 意 書

健康保険法による傷病手当金支給申請にあたり、明治グループ健康保険組合が支給決定のために行う下記事項について同意します。

なお、下記の目的に限り、本紙の写しも有効と認めます。

1. 明治グループ健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が明治グループ健康保険組合に対して回答すること
2. 明治グループ健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等が明治グループ健康保険組合に対して回答すること
3. 明治グループ健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が明治グループ健康保険組合に対して回答すること

明治グループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

Ⓜ