ミットヨ健康保険組合 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、ミットヨ健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報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、以前加入していた保険者(健康保険)、医療機関、年金事務所等をさします。
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。

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者証記号: _____ ・ 被保険者証番号: _____

被保険者住所: 〒 _____ ー _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名(自署): _____