

傷病手当金同意書

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、イノアック健康保険組合が関係機関に対して、加入期間・傷病手当金等の保険給付記録・各種年金の受給状況・療養の給付記録・診療履歴・医師の見解等の照会を行うこと、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。

なお、本同意書の写しも有効といたします。

※関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合・協会けんぽ・市区町村、日本年金機構・受診中または受診されていた医療機関等を指します。

イノアック健康保険組合 理事長 様

同意日 年 月 日

記号番号 ー

携帯電話

被保険者氏名 _____ (印)

自署の場合は押印を省略できます。