

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、東京織物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。

※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。
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。

東京織物健康保険組合 理事長殿

年 月 日

〒

住所 _____

TEL _____

氏名 _____

㊞