

同意書

出版健康保險組合殿

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、出版健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会及び、必要情報の提示を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることを同意いたします。

※ 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

記号 ー 番号 ー

被保険者 住所

被保険者 氏名

印