

【初回申請時に添付して下さい。】

日本電子健康保険組合 理事長 殿

## 同意書

私（ ）は、私が請求しております傷病手当金について、日本電子健康保険組合が支給決定するにあたっての審査のために、必要に応じて関係機関に対して健康保険加入記録・保険給付記録・過去の傷病手当金受給記録の照会、医療機関に診察内容等の照会、及びそれらの回答を得ることに同意いたします。

以上

和暦（ ） 年 月 日

記号・番号 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

- ※ 入社3年以内に傷病手当金の請求をする方で、以前に被保険者として国民健康保険以外の保険に加入している期間があった方は以下も記入願います。
- ※ 加入していた保険者名称が分からない場合は、勤務していた事業所（会社）にご確認ください。
- ※ 取得した個人情報、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には使用いたしません。

勤務先①

保 険 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	和暦( ) 年 月～和暦( ) 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	

## 勤務先②

保 險 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	和曆( ) 年 月～和曆( ) 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	

## 勤務先③

保 險 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	和曆( ) 年 月～和曆( ) 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	

## 勤務先④

保 險 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	和曆( ) 年 月～和曆( ) 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	