

ヒロセ電機健康保険組合 理事長 殿

## 傷病手当金申請に伴う調査に係る同意書

私は、傷病手当金支給申請にあたり、ヒロセ電機健康保険組合が健康保険法に基づく支給決定の審査のため、関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等の法令による保険給付受給に関する情報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、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効といたします。

年 月 日

被保険者等記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_