傷病手当金支給申請に伴う同意書

令和　　年　　月　　日

東洋製罐健康保険組合　理事長殿

傷病手当金の請求にかかる支給決定に際し、貴組合が必要と認めたときに、次の事項を照会することに同意します。

① 以前の加入していた健康保険組合に給付記録の照会をすること。

② 傷病の状態、受診状況を受診医療機関及び療養を担当した医師に照会すること。

被保険者　　記号＿＿＿＿＿＿　－　番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者住所　〒＿＿＿＿＿＿　－　＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印