

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。

保険証記号番号 記号 — 番号

被保険者住所 〒 _____

氏 名 _____ 印