同　意　書

住商連合健康保険組合が、保険給付の支給決定のため必要があるときは、わたしが受けた保険者から出産手当金支給有無、受給期間、資格取得日、資格喪失日等について、照会することに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

前加入の保険者名：

（例：協会けんぽ大阪支部）

前加入の記号－番号：　　－

住 所：

電 話：

氏 名：