

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傷病手当金支給有無、傷病名、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：

Ⓜ