

住商連合健康保険組合 理事長殿

同意書

健康保険法に基づく保険給付の支給決定を行うにあたり、住商連合健康保険組合が関係機関に対して、資格確認・保険給付記録・療養の給付記録・診療履歴等について照会すること、および関係機関が上記の照会に回答することに同意いたします。

※ 関係機関とは、前加入保険者・医療機関を指します。
また、本同意書の写しも有効とします。

記入日 ： 令和 年 月 日

当組合の被保険者等 記号 — 番号	(記号)	(番号)
マイナンバー		
被保険者氏名		
被保険者 住所	<u>〒</u>	
電話番号	<u>(TEL)</u>	
当組合加入前の 健康保険組合名 (以下、前健保)	☐ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 国民健康保険 ☐ 共済組合	
前健保加入時の 被保険者等記号番号	(記号)	(番号)
前健保加入時の 勤務先会社名		