

ネクステージグループ健康保険組合 理事長殿

同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、当健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が当健康保険組合の照会に対し上記照会の回答をすること、及び当健康保険組合がその回答を得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、年金事務所等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

被保険者名

印

被保険者住所 〒 -

被保険者連絡先 () -