

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、東プレ健康保険組合が関係機関（前加入保険者・医療機関等）に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行うこと、また関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

また、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。

年 月 日

記号・番号

住 所

氏 名

_____ 印

※3年以内に東プレ健康保険組合に加入された方は、直前の状況についてご記入ください。（新卒の方を除きます。）

保 険 者 名 称 (健康保険組合等)	
上 記 保 険 者 の 住 所	
加 入 時 の 記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日
勤 務 先	
勤 務 先 住 所	
勤 務 先 の 電 話 番 号	