

傷病手当金 請求に伴う同意書

同意書

1. 虹技健康保険組合（以下、当組合）が健康保険法による傷病手当金の支給審査を行なうにあたり、

下記事項について同意します。なお、下記の目的に限り、本紙の写しも有効と認めます。

- ・当組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が当組合に対して回答すること
- ・当組合が現在（または以前に）、私の受診歴に伴う医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等が当組合に対して回答すること
- ・当組合が現在（または以前に）、私の在職している（在職していた）勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が当組合に対して回答すること
- ・当組合が、個人番号を利用して、私の各種年金受給情報や他健保（国民健康保険除く）における傷病手当金受給状況を照会すること

2. 今後、傷病手当金の支給事由と同一の傷病について、厚生年金保険法による障害厚生年金および国民年金法による障害基礎年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに当組合に報告いたします。また、その時点で過払いの傷病手当金があった場合は、返金に応じます。

3. 傷病手当金受給中に、資格喪失後の継続給付受給者となり、老齢厚生年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに当組合に報告いたします。また、その時点で過払いの傷病手当金があった場合は、返金に応じます。

年 月 日

住所

被保険者氏名

被保険者等 記号 番号

※加入（入社）から2年以内の方は、当組合に加入する前の健康保険の加入状況を過去3年についてご記入ください。

前所属 健康保険組合名	1.健康保険組合 2.全国健康保険協会(協会けんぽ) 3.国民健康保険			
	【 】 健康保険組合・支部			
前勤務先名称				
種別	被保険者 ・ 被扶養者			
加入期間	年 月 日	～	年 月 日	
傷病手当金	受給歴	ある	・ ない	
	受給期間	年 月 日	～	年 月 日
	傷病名			

前所属 健康保険組合名	1.健康保険組合 2.全国健康保険協会(協会けんぽ) 3.国民健康保険			
	【 】 健康保険組合・支部			
前勤務先名称				
種別	被保険者 ・ 被扶養者			
加入期間	年 月 日	～	年 月 日	
傷病手当金	受給歴	ある	・ ない	
	受給期間	年 月 日	～	年 月 日
	傷病名			

<注意点>

- ・支給可否審査のため、申請からお支払いまでに数か月かかることがあります。
- ・以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の疾病が起因している場合には支給されないことがあります。