

傷病手当金同意書

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、京三製作所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・医師の見解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。

※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。

京三製作所健康保険組合 理事長殿

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名(自署)
