

同意書

三陽商会健康保険組合 御中

私は、私が請求しております傷病手当金について、三陽商会健康保険組合が支給決定するにあたっての審査のために、関係機関に過去の傷病手当金受給記録の照会、診療内容等の照会、およびそれらの回答を得ることに同意します。

関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合及び受診していた医療機関や事業主等を指します。また、照会が複数になる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

記号・番号 _____
住 所 _____
氏 名 _____

※ 傷病手当金請求の対象期間が入社日より1年以内の方は、三陽商会健康保険組合に加入直前の状況について過去3年分ご記入ください。（複数ある場合は加入保険ごとにご作成ください。）

保険者名称	(～国民健康保険、～健康保険組合(共済)組合、全国健康保険協会等) _____
記号・番号	
加入期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日
資格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤務先	
同住所	
同電話番号	
病歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について 1.有り 傷病名 () 受給期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日) 受診していた医療機関名 () 初診日 () 2.無し

株式会社三陽商会入社前の会社およびその会社にて加入されていた健康保険の状況についてご回答ください。