

◆傷病手当金第1回目の請求に併せて必ず原本でご提出ください。

傷病手当金・付加金支給申請に伴う調査に係る同意書

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、貴組合が関係機関に対して、傷病手当金の支給決定に関する一切の情報等の照会を行い、関係機関からの回答を得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書の写しも有効と認めます。

※関係機関とは、前加入保険者・事業主・産業医・日本年金機構・職業安定所・医療機関等を指します。

ダイハツ健康保険組合 理事長殿

年 月 日

保険証 記号 番号

被保険者氏名(自署)

被保険者住所

〒

TEL
