

大塚製薬健康保険組合 理事長殿

同 意 書

私は傷病手当金支給申請に当たり、大塚製薬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、関係機関等への照会及びそれらの回答を得ることに同意いたします。
なお、本紙の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

被保険者等 記号_____ 番号_____

氏名

生年月日 年 月 日

住所

前所属健康保険等加入状況回答書

- 太枠内に記入して下さい。
- 所属していた健康保険組合等に問い合わせを行います。過去3年間について記入してください。
続紙を使用しても記入欄が足りない場合は、続紙をコピーして使用して下さい。
- 全国健康保険協会（協会けんぽ）に所属していた場合、照会の関係上、前勤務先社名・基礎年金番号の記入が必須です。
（記入がなかった場合は、確認のため連絡先電話番号に連絡します。あらかじめご了承ください）

氏 名	
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
住 所	
日中連絡先	

◆いずれかに✓をいれてください

☐ 当健康保険組合加入3年以上経過済み(資格取得 年 月 日)	前所属欄記入不要
☐ 当健康保険組合加入3年未満	下記、前所属欄記入してください。

◆該当箇所に必要な事項を記入して下さい。

[illegible][illegible][illegible]

