

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、SCSK健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する医療機関等に対してSCSK健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。

また上記照会を行うにあたり、SCSK健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

なお、本書の写しも有効と致します。

SCSK健康保険組合理事長殿

同意日 年 月 日

氏名 _____ (印)

当健保加入から1年6か月以内に傷病手当金を請求する方は、以前加入されていた健康保険組合等の情報を以下へご記入ください。

加入期間（和暦）	① 年 月 日 ～ 年 月 日
健康保険組合名	
健康保険組合住所	〒 Tel : ()
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者・被扶養者（いずれかに○）
傷病手当金の受給	あり・なし（いずれかに○）
加入期間（和暦）	② 年 月 日 ～ 年 月 日
健康保険組合名	
健康保険組合住所	〒 Tel : ()
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者・被扶養者（いずれかに○）
傷病手当金の受給	あり・なし（いずれかに○）
加入期間（和暦）	③ 年 月 日 ～ 年 月 日
健康保険組合名	
健康保険組合住所	〒 Tel : ()
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者・被扶養者（いずれかに○）
傷病手当金の受給	あり・なし（いずれかに○）

※本同意書は申請期間の開始日より1年6ヶ月前までに加入の全健康保険組合分が必要です。加入していた健康保険組合が複数の場合はフォーマットをコピーしてご使用ください

※全ての項目を記入してご提出ください。不明な場合は前勤務先や前健保等にご確認ください。