

同意書

私は、そごう・西武健康保険組合に対して、傷病手当金の請求を行っています。
この傷病手当金の支給決定のため、そごう・西武健康保険組合が、私の受けた保険
給付、医療行為等に係る情報に関し、医療保険者、医療機関等の関係機関に照会し、
情報提供を受けることに本書をもって同意します。

なお、本紙の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

そごう・西武健康保険組合理事長 殿

《健康保険の加入履歴》

傷病手当金申請時に当健康保険組合の加入期間が1年未満の方は
加入される前3年程度の健康保険加入履歴をご記入下さい

加入していた 健康保険	加入形態 ○で囲んで下さい	加入期間
	被保険者 扶養者	～
	被保険者 扶養者	～
	被保険者 扶養者	～
	被保険者 扶養者	～
	被保険者 扶養者	～

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名（サイン）をご記入ください（押印可）