

同意書

(傷病手当金給付の支給決定にかかる情報取得の同意書)

私は、マルハニチロ健康保険組合に対し健康保険法第99条に基づく保険給付請求を行っております。

この給付決定の調査としてマルハニチロ健康保険組合が行う、下記要件について承諾し、同意します。

- 私が受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、マルハニチロ健康保険組合が、医療機関等に照会し、情報提供を受けることに異議はありません。
- マルハニチロ健康保険に加入する以前に社会保険に加入されていた場合は、健康保険名称受給歴等の情報を提供いたします。
- 第三者行為（交通事故や暴力行為）によるものではありません。
- 労災保険から休業給付を受けている期間の申請ではありません。
- 「障害年金」または「障害手当金」を受給していません。又申請時には速やかにマルハニチロ健康保険組合に連絡いたします。

令和 年 月 日

マルハニチロ健康保険組合理事長 殿

住所

氏名

印

電話