傷病手当金請求に伴う同意書

令和２年７月2日以降に、古河電工健康保険組合以外で傷病手当金の給付を受けたことがある方のみ提出

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏名			

古河電工健康保険組合 理事長殿

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、古河電工健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が古河電工健康保険組合の照会に対して回答をすること、及び古河電工健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。尚、本紙の写しも有効と認めます。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、日本年金機構等を指します。

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

098F 古河電工健保険組合