

傷病手当金請求書に添付

SUBARU健康保険組合 御中

照 会 同 意 書

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、SUBARU健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録（診断書も含む）・診療履歴・年金・就職活動実績状況等 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、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所、勤務先（過去も含む）等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

同 意 日 年 月 日

保険証記号・番号 ー

生年月日

被保険者署名（自筆）

住 所 〒

電 話（自宅または携帯）

年 月 日

本人回答書

○入社する前の勤務歴・健康保険加入歴をご記入の上、照会同意書と一緒にご提出ください。

入社前の勤務先名称	
勤務していた期間	昭・平・令 年 月 日 ～ 昭・平・令 年 月 日
上の期間加入していた健康保険組合等の名称	
上の期間における保険証記号・番号	※記号・番号が不明な場合はお勤めだった勤務先へお問い合わせください
健保加入区分 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) <input type="checkbox"/> 任意継続保険者

<注意点>

- ① 当健保組合資格取得日より前、1年6か月分の加入情報をすべてご提出ください。
ただし、今回の傷病手当金の対象となる傷病の発症日が、当健保資格取得日より1年6か月以上前の場合は、発症日からの加入情報についてご回答ください。
 - ② 複数の健保組合等に加入していた場合は、1健保につき1枚ずつご記入ください。
(この用紙をコピーしてご使用ください)
 - ③ この書類は、傷病手当金の支給決定をするための資料の一部となりますので、ご記入がない場合は審査ができません。すべての項目について正確にご記入ください。
 - ④ SUBARU健康保険組合から、記入内容に関する照会あるいは追加書類の提出をお願いすることがあります。
- ◎ この調査は、健康保険法第59条（文書の提出等）に基づき行っております。