

## 傷病手当金・付加金支給申請に伴う調査に係る同意書

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、協和キリン健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入期間・傷病手当金等の保険給付記録・各種年金の受給状況・療養の給付記録・診療履歴・医師の見解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。なお、本書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。

※取得した情報は傷病手当金支給に対する審査および決定の目的以外には利用しません。

年 月 日

記号・番号 記号 番号

被保険者氏名

被保険者住所

連絡先 (TEL)

### 【前歴について】

協和キリン健康保険組合の加入期間が2年以内の場合、加入する以前の直近2年間の健康保険加入状況について、空白期間がないようにご回答ください。（新卒採用の方は記入不要です）

保険者名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合
	<input type="checkbox"/> 共済組合
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部
被保険者等の記号・番号	記号： 番号：
加入していた期間	年 月 日 ～ 年 月 日
前勤務先の会社名	

保険者名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合
	<input type="checkbox"/> 共済組合
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部
被保険者等の記号・番号	記号： 番号：
加入していた期間	年 月 日 ～ 年 月 日
前勤務先の会社名	