

太陽誘電健康保険組合 理事長 殿

同 意 書

1.太陽誘電健康保険組合(以下、太陽健保)が健康保険法による傷病手当金の支給審査を行うにあたり、下記事項について同意します。

なお、下記目的に限り、本誌の写しも有効と認めます。

- ・太陽健保が以前加入していた保険者に対し、私にかかる資格及び給付履歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が太陽健保に対して回答すること。

※傷病手当金の受給記録(写)、診療報酬明細書(写)の開示について情報の提供を依頼し、その開示を受けること

- ・太陽健保が以前私の受診した医療機関に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等が太陽健保に対して回答すること。

- ・太陽健保が現在(又は以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先が太陽健保に対して回答すること。

- ・太陽健保が現在(又は以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等の産業医に対し、上記医療機関の回答書等をもとに照会を行い、照会を受けた産業医が太陽健保に対して回答すること。

〈注意点〉

- ・支給可否審査のため、請求からお支払いまでに数か月かかることがあります。
- ・以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の疾病が起因している場合には支給されない事があります。
- ・以前、他健保(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行う事があり、その内容によっては今回のご請求の傷病手当金が支給されないことがあります。

令和 年 月 日

被保険者証 記号 番号

住 所

被保険者氏名
(自筆)