

照 会 同 意 書

私は、シーイーシー健康保険組合が傷病手当金の支給決定をする上において必要なため、私の傷病について、医療機関及び担当医師への意見照会、勤務先への勤務状況及びそれに関連する事項の照会、日本年金機構への年金記録等の照会、労働基準監督署等への給付記録等（※）の照会、前加入保険者への給付記録等の照会について同意します。

なお、次回以降の傷病手当金の申請においても支給決定上、必要がある場合は、随時、上記各機関等への同様の照会についても同意します。

(※)労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法または地方公務員災害補償法もしくは同法に基づく
条例の規定により傷病手当金に相当する給付

本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

被保険者 (同意書)	被保険者証の	記号		番号	※枝番記入不要
	住所	〒 ー 電話 ー ー			
	氏名				
	生年月日	昭和 平成 年 月 日			

入社日から傷病手当金請求書の「発病又は負傷の年月日(※)」までが3年以内の方は、直前の前職の状況についてご記入ください。(新卒採用の方は不要です)

(※)傷病手当金請求書3ページ目に医師が記入した「発病または負傷の年月日」

加入していた健康保険(保険者名称)					
被保険者証の		記号		番号	
加入期間		昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
前職の	勤務先名称				
	勤務先住所				
	電話番号				