

※初回時のみ、請求書と併せて提出してください。

シーイーシー健康保険組合 理事長殿

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4年4月1日

被保険者 (同意書)	被保険者証の	記号	15	番号	999
	住所	〒123-4567 東京都江東区葛西12-34-5 葛西マンション123 電話 090-111-1111			
	氏名	健保 太郎			
	生年月日	昭和 平成 2年 5月 5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）	〇〇〇〇健康保険組合			
被保険者証の	記号	321	番号	123
加入期間	平成・令和30年4月1日～平成・令和31年4月30日			
前職の	勤務先名称	株式会社〇〇〇〇〇〇		
	勤務先住所	東京都品川区大崎9-9-9大崎ビル9F		
	電話番号	03-1234-5678		