

ローソン健康保険組合 御中

同意書

健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給決定を行うにあたり、ローソン健康保険組合が関係機関(※)に対して必要とする事項(給付記録、療養の給付記録、診療履歴、年金等)に関する情報を照会すること、および資料の提供を依頼すること、また、関係機関が上記照会に回答すること、および資料を提供することに同意いたします。

※ 関係機関とは、前加入保険者、官公署、事業主、医療機関、年金事務所等を指します。

本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

被保険者 (同意者)	被保険者証の	記号	25	番号	5678
	住所	〒 151-0001 東京都渋谷区神南3-2-1 TEL 03(5432)6789			
	氏名	籠 尊 健 美			
	生年月日	1985 年 5 月 5 日			

調査書

健康保険組合では、傷病手当金の支払い期間は初回支給日から1年6ヵ月までと定められております。今回は入社2年以内の請求の為、前健保での同一疾病による支給実績有無の確認が必要となります。現在の事業所に勤務するまでの、直近2年間の勤務先および健康保険の加入状況をご記入ください。

※加入していた健康保険を○で囲い、詳細を記入してください。

※国民健康保険の場合は市町村をご記入ください。

1	加入期間 ○○○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○○○年 ○○月 ○○日				
	<input checked="" type="radio"/>	社会保険	【保険者名】 ○○健康保険組合	【会社名】 ○○○株式会社	
	<input type="radio"/>	国民健康保険	【市区町村名】	【所在地】 東京都品川区大井1-2-3	
	<input type="radio"/>	家族の扶養	【保険者名】 【被保険者氏名】		
2	加入期間 ○○○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○○○年 ○○月 ○○日				
	<input type="radio"/>	社会保険	【保険者名】	【会社名】	
	<input type="radio"/>	国民健康保険	【市区町村名】	【所在地】	
	<input checked="" type="radio"/>	家族の扶養	【保険者名】 ○△健康保険組合 【被保険者氏名】 籠 尊 健 (父)		
3	加入期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	<input type="radio"/>	社会保険	【保険者名】	【会社名】	
	<input type="radio"/>	国民健康保険	【市区町村名】	【所在地】	
	<input type="radio"/>	家族の扶養	【保険者名】 【被保険者氏名】		