

傷病手当金照会についてのお願い

さて、今般申請されました傷病手当金の支給決定を行うにあたり、当健康保険組合が必要と認める場合は関係諸機関・医師等への意見照会問合せを行うため、別紙の「同意書」に署名・捺印の上ご提出ください。

適正な給付を行うため、何卒ご協力のほどお願い申し上げます。

傷病手当金支給申請に伴う同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の審査にあたり、キタムラ健康保険組合が関係諸機関（事業主・医療機関及び担当医師・前加入保険者等）に対して必要な情報の照会を行うこと、また、関係諸機関がキタムラ健康保険組合に回答することに同意いたします。

なお、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

記号 — 番号 _____

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

*照会により取得した個人情報は、傷病手当金の審査以外には使用いたしません