

住友不動産販売健康保険組合

理事長 殿

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支給決定を行うにあたり、住友不動産販売健康保険組合が関係機関（医療機関・事業主・前加入保険者・官公庁等）に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと、また、関係機関が上記照会の回答を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。

年 月 日

住 所

氏 名

※2年以内に中途入社された方は、直前に加入していた健康保険についてご記入ください。

前健康保険組合名称	
記号・番号	
加入期間	年 月 日 ～ 年 月 日
加入資格	<input type="checkbox"/> 本人（被保険者） <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）
傷病手当金受給履歴	<input type="checkbox"/> 前加入の組合で受給履歴あり <input type="checkbox"/> 受給履歴なし
前勤務先名称	
連絡先	()