

同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定にあたり、スタンレー電気健康組合が必要とする事項について関係機関（医療保険者・医療機関・事業主・公的機関等（前加入含む））に対して給付記録や療養状況、勤務実態等の照会を行うこと、およびその回答を得ることに同意します。

なお、本書の写しも有効と認めます。

スタンレー電気健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者証 記号 番号

被保険者氏名（自署）

被保険者住所

TEL ()

■該当の方は以下の項目にご記入ください。

スタンレー電気健康保険組合の資格取得から2年以内に傷病手当金を請求される方は、当組合加入前の勤務先および健康保険等の情報（合計1年6ヶ月以上）をご記入ください。

なお、勤務がない場合は2～4を選択していただき、その期間をご記入ください。

加入していた健康保険の名称、記号・番号等が分からない時は、勤務していた会社にお問合せください。

1. 勤務先

1	勤務先名称				
	勤務先所在地	〒 TEL			
	勤務期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	健康保険組合名称				
	健康保険組合所在地	〒 TEL			
	被保険者証	記 号		番 号	

2	勤務先名称				
	勤務先所在地	〒 TEL			
	勤務期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	健康保険組合名称				
	健康保険組合所在地	〒 TEL			
	被保険者証	記 号		番 号	

2. 健康保険の扶養者になっていた（被扶養者の期間： 年 月 日 ～ 年 月 日）

3. 国民健康保険に加入していた（加 入 期 間： 年 月 日 ～ 年 月 日）

4. 加入していなかった（未 加 入 期 間： 年 月 日 ～ 年 月 日）