

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 7年 7月 7日

被保険者証 記号 1 番号 19000

被保険者氏名（自署） 健保 太郎

被保険者住所 東京都〇〇〇 〇〇-〇〇

TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

■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 | 〇〇電子株式会社 | | |
| | 勤務先所在地 | 〒123-4567 東京都〇〇〇 〇〇-〇〇 TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | 勤務期間 | 2020年 1月 1日 ~ 2024年 12月 31日 | | |
| | 健康保険組合名称 | 〇〇電子健康保険組合 | | |
| | 健康保険組合所在地 | 〒123-4567 東京都〇〇〇 〇〇-〇〇 TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| 被保険者証 | 記号 | 〇〇 | 番号 | 〇〇〇〇〇〇 |

| | | | | |
|-------|-----------|---------------|----|--|
| 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）