

傷病手当金請求に伴う前健康保険組合情報照会に対する同意書

TDK 健康保険組合が傷病手当金の審査を行う際、健康保険法で定められている同一の傷病（関連する傷病を含む）での支給期間（1年6か月）を超えていないか、また過去に受給があった傷病の継続であるか、再発なのか等を判断するために、貴殿が TDK 健康保険組合に加入する以前、1年6か月の間に加入されたすべての健康保険組合の情報が必要となりますので、2か所以上ある場合は健康保険ごとにご記入下さい。

※取得した個人情報は、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。

私は、貴職が前健康保険加入先に対して、私自身の傷病手当金受給に関する照会のため、貴職が必要とする私自身に関する傷病手当金受給記録（写）について、情報の提供を依頼し、その開示を受けることに同意いたします。

年 月 日

TDK 健康保険組合 理事長殿

TDK 健保 保険証の記号-番号（ - ）

被保険者氏名： _____ ⑩

被保険者本人が記入した場合は押印不要です

【TDK 健康保険組合に加入する前の健康保険組合情報】

①健康保険加入期間・加入状況

_____ 年 月 日 ~ 年 月 日

被扶養者として加入（家族の扶養として加入）→②③④⑥記入

被保険者として加入（ご自身で加入）→②③④⑤記入

直近はどの保険にも加入していなかった（※直近…TDK 健保加入する以前1年6か月間）

未加入期間： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

②健康保険組合名

_____ 健康保険組合

全国健康保険協会（協会けんぽ） _____ 支部

国民健康保険（ _____ ）市・区・町・村

_____ 共済組合

③保険証の記号-番号（ _____ - _____ ）※不明の場合は事業所へ確認の上記載下さい。

④健康保険組合連絡先

住所：〒 _____

TEL： _____

⑤勤務していた事業所（会社）名称・連絡先

事業所（会社）名： _____

住所：〒 _____

TEL： _____

⑥被保険者の事業所（会社）名称・連絡先

事業所（会社）名： _____

住所：〒 _____

TEL： _____