同　意　書

東北電力健康保険組合　理事長　殿

　健康保険法に基づく出産手当金の支給決定を行うにあたり，東北電力健康保険　組合が関係機関（前加入保険者，医療機関，事業主等）に照会及びそれらの回答を得ることに同意いたします。

　　　　年　　　　月　　　　日

氏　　名

記号番号

住　　所

電話番号　　　　　　　－　　　　　－

携帯番号　　　　　　　－　　　　　－

なお，照会先が複数となる場合は，本同意書の写しも有効とさせていただきます。

●2年以内に東北電力健康保険組合に加入された方は，過去2年間の状況をすべてご記入願います。

　　　　　保険者名

　　　　　加入期間

　　　　　保険証記号番号

　　　　　資格区分　　　　　　　　　　　・被保険者　　　　　　　　・被扶養者

　　　　　勤務先名称