

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