

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傷病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、日本年金機構等）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。

●これまで東北電力健康保険組合より傷病手当金を受給したことがありますか？

(1) はい 受給期間 _____ 傷病名 _____

(2) いいえ

●これまで東北電力健康保険組合以外の保険者より傷病手当金を受給したことがありますか？

(1) はい 受給期間 _____ 傷病名 _____

(2) いいえ

●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 _____