

同意書

山善健康保険組合 殿

私は、私が請求しております傷病手当金について、山善健康保険組合が支給決定するにあたっての審査のために、下記内容の照会、及びそれらの回答を得ることに同意いたします。尚、本紙の写しも有効と認めます。

- ・過去に加入していた保険者へ傷病手当金受給記録等
- ・医療機関へ診療内容等
- ・三井住友海上火災株式会社へ今後全てのLTD保険金請求等

令和 年 月 日

記号・番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

- 請求からお支払までに数ヶ月かかることがあります。
- 照会の結果、今回請求されました傷病手当金が不支給となることもあります。

この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行っており、利用目的の範囲内のみで使用いたします。