

同 意 書

私は、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、昭和産業健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係機関（前加入保険者、医療機関、事業主、日本年金機構等）に対して昭和産業健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意致します。

また、上記照会を行うにあたり、昭和産業健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。

後日、本件について昭和産業健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てを致しません。

また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と致します。

昭和産業健康保険組合 理事長 様

同意日 令和 年 月 日

保険証記号番号

氏名

印

※この同意書は、適正な審査を行うために必要な書類です。

※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。