

テ ル モ健康保険組合
理事長殿

同 意 書

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、テルモ健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴他、法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、処方機関等をさします。

※照会が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

記号-番号

被保険者住所

被保険者氏名
