

個人情報提供同意書

(傷病手当金の支給決定にかかる情報取得の同意書)

私は、日本金属健康保険組合に対し、健康保険法に基づく傷病手当金請求を行っています。この給付決定の調査として、日本金属健康保険組合が私の受けた保険給付、医療行為等にかかる情報に関し、主治医及び他医療保険者等に照会し情報提供を受けることに異議はなく、本書をもって同意します。

また本書の写しも有効とします。

年 月 日

日本金属健康保険組合 理事長 殿

健康保険の記号 _____ 番号 _____

〒

住所 _____

被保険者氏名 _____

支給対象者氏名 _____

電話番号 _____ (_____) _____