

同意書

MBK連合健康保険組合が健康保険法第九十九条及び関連法案に基づき傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意いたします。

1. MBK連合健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私に係る資格情報及び給付歴、診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者がMBK連合健康保険組合に対して回答すること
2. MBK連合健康保険組合が以前私の受診した医療機関に対し、傷病手当金に係る診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関がMBK連合健康保険組合に対して回答すること
3. MBK連合健康保険組合が個人番号を利用し、私の各種年金受給情報や他健保（国民健康保険除く）における傷病手当金受給状況を照会すること
4. MBK連合健康保険組合が現在（または以前に）、私の在職している（在職していた）勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等がMBK連合健康保険組合に対して回答すること

MBK連合健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

【被保険者】

住所 〒 _____
生年月日 昭和・平成 年 月 日生
記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____

MBK連合健康保険組合の資格取得から2年以内に傷病手当金を請求する方は、下記に、当組合の資格取得前に加入されていた健康保険組合等の情報(合計1年6ヶ月以上)についてご記入ください。

*加入健康保険組合等情報【保険者名称例：全国健康保険協会〇〇〇支部、国民健康保険〇〇市・区役所〇〇課】

加入期間 ①	年 月 日 ~ 年 月 日
保険者名称	
保険者所在地等	〒 _____ Tel: - -
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者 ・ 被扶養者 (いずれかに○)
傷病手当金の受給	あり ・ なし
加入期間 ②	年 月 日 ~ 年 月 日
保険者名称	
保険者所在地等	〒 _____ Tel: - -
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者 ・ 被扶養者 (いずれかに○)
傷病手当金の受給	あり ・ なし

- ・過去1年6ヶ月の加入歴において加入健保が2つ以上ある場合は、用紙を複数枚ご提出ください。
- ・全ての項目を記入してご提出ください。不明な場合は前勤務先や前健保等にご確認ください。

取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。