

【初回申請時に添付して下さい。】

日本電子健康保険組合 理事長 殿

同意書

私（ ）は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、日本電子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、関係する官公庁、医療機関、医療保険者、事業所および負傷に関わった団体等に対して日本電子健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供す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日本電子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事について了承致します。

なお、本書の写しも有効と致します。

同意日 年 月 日

住 所 〒 _____

氏 名 _____

- ※ 入社3年以内に傷病手当金の請求をする方で、以前に被保険者として国民健康保険以外の保険に加入している期間があった方は以下も記入願います。
- ※ 加入していた保険者名称が分からない場合は、勤務していた事業所（会社）にご確認ください。
- ※ 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使用いたしません。

勤務先①

保 険 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	年 月 ～ 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	

勤務先②

保 險 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	年 月 ～ 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	

勤務先③

保 險 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	年 月 ～ 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	

勤務先④

保 險 者 名 称	
記 号 ・ 番 号	
加 入 期 間	年 月 ～ 年 月
資 格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤 務 先	
同 住 所	
同 電 話 番 号	