

日本イーライリリー健康保険組合 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、日本イーライリリー健康保険組合が関係機関（※1）に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴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。

（※1）関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合等各保険者及び受診していた医療機関等を指します。また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しを有効とさせていただきます。

日本イーライリリー健康保険組合に加入する前の状況について以下ご記入ください。

（覚えている範囲でご記入願います。不明な項目については空白で結構です。）

保険者名称（※2）	
記号・番号	
加入期間	年 月 日～ 年 月 日
資格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者
勤務先会社名	
同住所	
同電話番号	

※2 例）〇〇健康保険組合、 〇〇共済組合、市町村の国民健康保険に加入されていた場合は、自治体名称をご記入ください。

令和 年 月 日

住所

氏名 _____