

東プレ健康保険組合 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、東プレ健康保険組合が関係機関（前加入保険者・医療機関等）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。

また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

記号・番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※3年以内に東プレ健康保険組合に加入された方は、直前の状況についてご記入ください。（新卒の方を除きます。）

保 陰 者 名 称 (健康保険組合等)								
上 記 保 陰 者 の 住 所								
加入時の記号・番号								
加 入 期 間	(西暦)	年	月	日	～	年	月	日
勤 务 先								
勤 务 先 住 所								
勤 务 先 の 電 話 番 号								