住友重機械健康保険組合 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おこなうにあたり、住友重機械健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会をおこなうこと、または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。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。
※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。

令和　6　年　2　月　××　日

被保険者等記号・番号　記号　××××　番号　××××××

被保険者住所　東京都品川区大崎×－×－×

被保険者氏名（自署）　住重　健太　住重

※自署できない場合は捺印が必要です。