傷病手当金申請用

ＡＮＡグループ健康保険組合　理事長　殿

同　意　書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給を受けるにあたり、ANA グループ健康保険組合が関係機関及び担当医師に対して給付記録・診療履歴等の照会を行うこと及び、関係機関、担当医師がこれらの照会の回答をされることに同意します。
また、次回以降の傷病手当金申請においても支給決定上必要がある場合は、随時照会することについても同意します。
なお、後日、労災保険給付金、公的年金等を受けることになった場合は、ANA グループ健康保険組合へただちに連絡するとともに、先に給付を受けた傷病手当金の一部もしくは全部を返納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、労働基準監督署等をさします。
　また、照会先が複数の場合は、本同意書の写しも有効とします。

記　入　日　　年　　月　　日

被保険者等記号番号　記号：　　番号：

被保険者(申請者)氏名

被保険者(申請者)住所　〒　　－

＜2024.12 改＞