

太陽生命健康保険組合理事長 殿

同意書

私は、下記について本書をもって異議なく同意します。

1. 貴組合に対して請求した「健康保険傷病手当金」の支給決定に関して、貴組合が、負傷や疾病の症状または労務不能の判定等において調査が必要なときは、事業主や他の保険者、療養を担当した医師等に必要な情報を提示することおよび照会すること。
2. 貴組合が必要に応じて医療機関よりX線・CT写真等及び診療録（写）等を収集すること。
3. 貴組合が事業主や他の保険者、療養を担当した医師等に過去の傷病歴を知らせる場合があること。
4. 傷病手当金受給中または受給終了後に、厚生年金法による障害年金（障害手当金）の支給が決定した場合はすみやかに貴組合に連絡し、併給に該当したときは、その傷病手当金の返納を要すること。
5. 貴組合が管轄ハローワークへ失業給付受給状況を確認すること。

※本書の写しも有効とします。

年 月 日

住 所

被保険者氏名

印