

健康保険加入記録・保険給付記録等の調査に対する同意書

トヨタ自動車健康保険組合 御中

私は、トヨタ自動車健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、関係機関に対して健康保険加入記録、保険給付記録等の照会を行うこと、また関係機関が回答することに同意します。

※関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合、勤務されていた事業所等を指します。

※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。

同意日	令和 年 月 日		
保険証記号・番号	記号		番号
氏名	Ⓜ		
住所	〒		
電話(自宅または携帯)			

◎入社する前に加入していた保険に☑し、健康保険組合の名称等の記入、会社に勤務していた場合は会社名もご記入ください。

①健康保険組合等の名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合(健康保険組合)		
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(支部名)		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市町村名)		
保険証記号・番号	記号		番号
<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 として加入			
加入期間	昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日		
勤務先名称			

*①の加入期間が1年未満の場合は、前々歴を②にご記入ください。

②健康保険組合等の名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合(健康保険組合)		
	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ(支部名)		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(市町村名)		
保険証記号・番号	記号		番号
<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 として加入			
加入期間	昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日		
勤務先名称			

*御社の入社日と①の間の期間が空いている場合は、その期間に加入していた保険に☑をつけてください。

- 国民健康保険(市区町村名)
- 健康保険組合・協会けんぽの家族
- 健康保険組合・協会けんぽの任意継続保険
- 無保険

◇この書類は、傷病手当金の支給決定をするための資料の一部となります。

記入がない場合は審査ができませんので、すべての項目について正確にご記入ください。

◇記入された内容により、トヨタ健保より照会・追加の添付書類をお願いすることがあります。

◇この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づき行っております。