

同 意 書

(傷病手当金給付の支給決定にかかる情報取得の同意書)

私は、Umios 健康保険組合に対し健康保険法第 99 条に基づく保険給付請求を行って
います。

この給付決定の調査として Umios 健康保険組合が行う、下記要件について承諾し、
同意します。

1. 私が受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、Umios 健康保険組合が、医療機関等に照会し、情報提供を受けることに異議はありません。
2. Umios 健康保険に加入する以前に社会保険に加入されていた場合は、健康保険名称受給歴等の情報を提供いたします。
3. 第三者行為（交通事故や暴力行為）によるものではありません。
4. 労災保険から休業給付を受けている期間の申請ではありません。
5. 「障害年金」または「障害手当金」を受給していません。又申請時には速やかに Umios 健康保険組合に連絡いたします。

令和 年 月 日

Umios 健康保険組合理事長 殿

住所 _____
氏名 _____
電話 _____