

◆傷病手当金第1回目の申請に併せて提出してください。

## 傷病手当金初回申請に伴う同意書

### 同 意 書

・健康保険法に基づき傷病手当金の支給決定を行うにあたり、イマジカ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行うこと、また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。

・イマジカ健康保険組合が、個人番号を利用して、私の各種年金受給情報や他健保における傷病手当金受給状況を照会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、産業医、勤務先、年金事務所等をさします。

※照会先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      年      月      日

被保険者      記号：      番号： \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

\*当組合加入後3年未満の方は、イマジカ健保に加入前の健康保険加入状況等を以下にご記入ください。

「履歴①」に加入していた期間が3年以上ある場合は、「履歴②」への記入は不要です。

履 歴 ①	加入期間	平成・令和      年      月      日 ~ 平成・令和      年      月      日		
	加入していた健康保険の ・本人家族の別 ・加入健保の種別 ・記号番号 ・傷病手当金受給実績の有無・傷病名・期間	<input type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族		傷病手当金受給実績
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（      支部 ）		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険		傷病名（      ）
		<input type="checkbox"/> 他の組合・共済（      ）		受給期間
		<input type="checkbox"/> 記号・番号（      ）		年      月 ~ 年      月
勤務先名称・所在地 （本人の場合は必須）		名 称		
		所在地		
履 歴 ②	加入期間	平成・令和      年      月      日 ~ 平成・令和      年      月      日		
	加入していた健康保険の ・本人家族の別 ・加入健保の種別 ・記号番号 ・傷病手当金受給実績の有無・傷病名・期間	<input type="checkbox"/> 本人 / <input type="checkbox"/> 家族		傷病手当金受給実績
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（      支部 ）		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険		傷病名（      ）
		<input type="checkbox"/> 他の組合・共済（      ）		受給期間
		<input type="checkbox"/> 記号・番号（      ）		年      月 ~ 年      月
勤務先名称・所在地 （本人の場合は必須）		名 称		
		所在地		

・この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、利用目的の範囲内のみで使用いたします。

・他健保の被保険者であった期間のある方は、他健保に対して給付に関する照会を行うことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が不支給になる場合があります。