

グラクソ・スミスクライン健康保険組合
理事長 殿

給付に関する同意書

私は グラクソ・スミスクライン健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、必要があると認めたときは、文書その他の物件により、本人及び医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めすることに同意いたします。

※ 照会先が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

記号・番号

氏 名

住 所

電話番号

【参考:健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者(当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。)に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

グラクソ・スミスクライン健康保険組合 御中

回答書

傷病手当金の申請にあたり、下記のとおり回答いたします。

1. グラクソ・スミスクライン健康保険組合以前に加入していた保険者名
(例:〇〇健保組合、協会けんぽ〇〇支部、〇〇市国民健康保険)

2. 以前加入していた時の健康保険証の記号・番号と加入期間(例:何年何月から何年何月ごろ)

記号 番号 期間

3. 過去に傷病手当金を申請、受給したことがありますか？

・ ない ・ ある (期間 ~ 病名:)

4. 過去に今回の傷病手当金と同じ傷病で医療機関を受診していたことがありますか？

・ ない ・ ある

5. 受診したことがある場合、医療機関名と期間について

医療機関名 期間

※ 不明な点は「不明、よく覚えていない」などにご記載ください。

年 月 日

氏 名
