

傷病手当金(付加金) 初回申請に伴う同意書

同意書

- 住友金属鉱山健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給審査を行うにあたり、下記事項について同意します。
 - 住友金属鉱山健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が住友金属鉱山健康保険組合に対して回答すること
 - 住友金属鉱山健康保険組合が私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金に係る診療内容の照会を行い照会を受けた医療機関等が住友金属鉱山健康保険組合に対して回答すること
 - 住友金属鉱山健康保険組合が現在(または以前に)、私が在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が住友金属鉱山健康保険組合に対して回答すること
 - 住友金属鉱山健康保険組合が、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
- 今後、傷病手当金の支給事由と同一の傷病について、厚生年金保険法による障害厚生年金および国民年金法による障害基礎年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに住友金属鉱山健康保険組合に報告いたします。また、その時点で過払いの傷病手当金(付加金)または延長傷病手当金付加金があった場合は返金に応じます。
- 1に記された目的のための使用に限り、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名

※ 入社から1年以内の方は、住友金属鉱山健保に加入する前の健康保険の加入状況を以下にご記入ください。
↳ 傷病手当金の「申請期間の開始日」の時点で入社1年以内 を指します。

住友金属鉱山健保 加入年月日:令和 年 月 日

健康保険名	加入期間	傷病手当金受給歴	受給対象疾病名
	年 月 日 ~ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日 ~ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日 ~ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日 ~ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日 ~ 年 月 日	有 ・ 無	

前職が無い場合(新卒入社等)は、チェックを入れてください。 →

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。