

カシオ健康保険組合 理事長 殿

同 意 書

カシオ健康保険組合(以下、カシオ健保)が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意いたします。

- ・ カシオ健保が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格および給付履歴等の照会を行い、照会を受けた保険者がカシオ健保に対して回答すること
※傷病手当金の受給記録(写)、診療報酬明細書(写)の開示について情報の提供を依頼し、その開示を受けること
- ・ カシオ健保が以前私の受診した医療機関に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関がカシオ健保に対して回答すること
- ・ カシオ健保が現在(または以前に)、私の在職している(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カシオ健保に対して回答すること
- ・ カシオ健保が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等の産業医に対し、上記医療機関の回答書等をもとに照会を行い、照会を受けた産業医がカシオ健保に対して回答すること

※ 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。

(和暦) 年 月 日

被保険者証 記号 番号

住 所

被保険者氏名

印