

# 同意書

MBK連合健康保険組合が健康保険法第九十九条及び関連法案に基づき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。

1. MBK連合健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私に係る資格情報及び給付歴、診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者がMBK連合健康保険組合に対して回答すること。
2. MBK連合健康保険組合が以前私の受診した医療機関に対し、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がMBK連合健康保険組合に対して回答すること。
3. MBK連合健康保険組合が現在（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MBK連合健康保険組合に対して回答すること。

MBK連合健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者

住所 〒 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**MBK連合健康保険組合の資格取得から2年以内に傷病手当金を請求する方は、下記に、当組合の資格取得前に加入されていた健康保険組合等の情報についてご記入ください。**

\*加入健康保険組合等情報【保険者名称例：全国健康保険協会〇〇〇支部、国民健康保険〇〇市・区役所〇〇課】

加入期間①	年 月 日 ~ 年 月 日
保険者名称	
保険者所在地等	〒 Tel: - -
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者 ・ 被扶養者 (いずれかに○)
加入期間②	年 月 日 ~ 年 月 日
保険者名称	
保険者所在地等	〒 Tel: - -
当時の記号番号	
当時の勤務先名	
加入区分	被保険者 ・ 被扶養者 (いずれかに○)

- ・加入期間①が半年以内の方は加入期間②についてもご記入ください。
- ・必ず全ての項目を記入してご提出ください。不明な場合は前勤務先や医療機関等に確認してください。

取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。

MBK連合健康保険組合