YG 健康保険組合　理事長殿

同意書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、以下の事項について同意いたします。

・YG 健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・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
・傷病手当金を申請した同傷病で、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金の給付が決定した場合、YG健康保険組合にその旨をただちに報告するとともに、給付金支給決定書等の写しを提出すること、その上で、年金から給付を受けた場合はその額を限度に健康保険の傷病手当金の一部、もしくは全額を返納すること
・労災休業給付金の支給を受けた場合は、健康保険の傷病手当金の全額について返納すること

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。
※照会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。

年　月　日

被保険者証 記号-番号：

被保険者住所

被保険者氏名（自著）

【個人番号（マイナンバー）】

傷病手当金の支給決定にあたり、情報照会を行うため個人番号（マイナンバー）が必要となります。

・ご記入いただけない場合、審査を進めることができません。ご了承ください。

【お振込口座】

・今後ご申請いただいた傷病手当金の支給は、以下にご記入いただいた口座にお振込みいたします。

振込希望口座		銀行・農協 信組・金庫	［金融機関コード］	
		支店 出張所	［店番号］	
	種別	□普通 □当座	口座番号	
	口座名義	カタカナで記入		