

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、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に同意いたします。

※関係機関とは、全加入保険者、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。

健康保険被保険者証		被保険者氏名	性別	生年月日				個人番号													
記号	番号	フリガナ	男・女	昭・平	年	月	日														

【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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号																		
	口座名義	カタカナで記入																			