

初回（第一回）請求時に、傷病手当金請求書と併せてご提出ください。
□欄は該当のものにチェックを入れてください。記入箇所はわかる範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

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、三井住友海上健康保険組合が関係機関（医療保険者、医療機関、事業所、官公庁等）へ 給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行い 回答・提供を受けることについて同意いたします。

後日、本件について貴組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをしないことを誓います。

なお、本書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

三井住友海上健康保険組合 理事長 殿

住所

氏名

(生年月日 年 月 日)

これまでに他健保(国民健康保険を除く)に被保険者(本人)として加入していたことが	☐ ある ☐ ない	→ある のとき下記①②を記入してください
--	---	----------------------

健康保険加入履歴 ①				
直前に加入していた健康保険 (三井住友海上健保加入前)		名称		
		住所	〒	
		電話番号		
被保険者証	記号		資格取得日	平成・令和 年 月 日
	番号		喪失年月日	平成・令和 年 月 日
上記健康保険加入時の勤務先		名称・連絡先		
傷病手当金の受給		☐ あ り ☐ な し		

以下は、「健康保険加入履歴①」での加入期間が1年未満の場合、その直前に加入していた健康保険について記入してください。

健康保険加入履歴 ②				
①の健康保険以前に加入していた健康保険		名称		
		住所	〒	
		電話番号		
被保険者証	記号		資格取得日	平成・令和 年 月 日
	番号		喪失年月日	平成・令和 年 月 日
上記健康保険加入時の勤務先		名称・連絡先		
傷病手当金の受給		☐ あ り ☐ な し		

※過去2年間に加入していた健保が3か所以上あり記入しきれない場合は必要な必要な枚数ご提出ください。