

初回申請用

## 傷病手当金支給申請に伴う同意書

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、大阪府電設工業健康保険組合が関係機関（以前加入していた保険者、医療機関、日本年金機構等）に対して、加入記録・給付記録・診療内容等の照会を行うこと、また、照会を受け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。

なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

大阪府電設工業健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

被保険者氏名

（自署）

住 所