

給付に関する同意書

平成 年 月 日

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿

保険者（エヌ・ティ・ティ健康保険組合）が、給付に関して必要があると認めるときは、文書その他の物件により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

〒
住所

TEL () -

氏名 ㊟ ※自筆でお願い致します。

なお、照会先が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

また、「給付に関する同意書」をご提出していただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。

【参考：健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ加入する前に、傷病手当金を受給したことがありますか？

- ・はい
- ・いいえ

上の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします。

傷病手当金を受給した健康保険組合等名と加入期間について下記にご記入願います。

・健康保険組合等名 _____

・加入期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日

傷病手当金の受給期間と傷病名について下記にご記入願います。

・受給期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日

・傷病名 _____

給付に関する同意書

① 平成 20年 9 月 30日

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿

保険者（エヌ・ティ・ティ健康保険組合）が、給付に関して必要があると認めるときは、文書その他の物件により、本人、医療機関、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

② 〒101-0047
住所 東京都千代田区内神田1-1-14

日立鎌倉橋マンション 6F Tel (01) 2345-6789

③ 氏名 健保 太郎 健保 ※自筆でお願い致します。

なお、照会先が複数となる場合、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

また、「給付に関する同意書」をご提出していただけない場合は、健康保険法第121条により、保険給付の全部又は一部の支給を行わないことがあります。

【参考：健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

◀ 被保険者記入欄 ▶

- ① 日付を記入する。
- ② 自宅の住所、昼間連絡先を記入する。
- ③ 被保険者（請求者）の氏名を記入する。
- ④ 該当する項目を○で囲む。
- ⑤ 該当する項目に記入する。

エヌ・ティ・ティ健康保険組合へ加入する前に、傷病手当金を受給したことがありますか？

- ④ はい いいえ

上の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします。

傷病手当金を受給した健康保険組合等名と加入期間について下記にご記入願います。

- ⑤ ・健康保険組合等名 〇〇 健康保険組合
- ・加入期間 平成16年 4月 1日 から 平成20年 8月31日

傷病手当金の受給期間と傷病名について下記にご記入願います。

- ・受給期間 平成20年 6月 1日 から 平成20年 8月31日
- ・傷病名 腰椎骨折