

※初回時のみ、請求書と併せて提出してください。

エンターテイメント健康保険組合 理事長殿

照会同意書

私は、エンターテイメント健康保険組合が傷病手当金の支給決定をする上において必要なため、私の傷病について、医療機関及び担当医師への意見照会、勤務先への勤務状況及びそれに関連する事項の照会、日本年金機構への年金記録等の照会、前加入保険者への給付記録等の照会について同意します。

なお、次回以降の傷病手当金の申請においても支給決定上、必要がある場合は、随時、医療機関及び担当医師への意見照会、勤務先への勤務状況及びそれに関連する事項の照会、日本年金機構への年金記録等の照会、前加入保険者への給付記録等の照会についても同意します。

本同意書の写しも有効とさせていただきます。

令和 年 月 日

被保険者 (同意書)	被保険者証の	記号		番号	
	住所	〒 電話 :			
	氏名				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日

※2年以内に現事業所（会社）に入社された方は、入社前の状況について、ご記入ください。（新卒の方は不要です。）

前職の	勤務先名称				
	勤務先住所				
	電話番号				
加入していた健康保険 (保険者名称)					
被保険者証の		記号		番号	
加入期間		平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日			