

この同意書は傷病手当金支給決定のため、当組合が関係諸機関に内容の確認や意見補足など状況照会する場合に必要な書類です。下記「給付に関する同意書」他に署名をお願いします。

■給付に関する同意書

令和 年 月 日
 ()

勝又健康保険組合 理事長 殿

保険者(勝又健康保険組合)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、関係諸機関(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。

郵便番号	〒 —
住 所	
電 話	— —
携帯電話	— —
氏 名	⑩ 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。