

ヤマハ健康保険組合 理事長殿

## 同 意 書

私は下記について同意致します。

1. 貴組合が傷病手当金の支給決定に必要な事項を、関係諸機関に問い合わせること。
2. 関係諸機関に、貴組合が把握する過去の傷病歴を知らせる場合があること。
3. 関係諸機関が回答した内容は、当該機関の同意が得られなければ開示されないこと。
4. 傷病手当金受給中または受給満了後に、障害年金の受給が裁定された場合は、すみやかに貴組合に連絡し、併給に該当した時は、その傷病手当金を返納します。
5. この本書の写しも有効とします。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

⑩

被保険者証の記号—番号 \_\_\_\_\_

—