

給付に関する照会同意書

令和 年 月 日

京葉ガス健康保険組合 理事長 殿

私は、京葉ガス健康保険組合が傷病手当金の支給決定する上で必要があると認めるときは、文書その他の方法により医療機関及び担当医師、事業所、官公庁等に照会を求めることに同意します。

なお、本同意書の写しについては、京葉ガス健康保険組合の印がある写しに限り有効とします。

〒 ー
住 所 _____

TEL () ー

氏 名 _____ ㊞ ※自筆でお願い致します

生年月日 昭和・平成 年 月 日

《組合記入欄》

この同意書の写しは、被保険者の同意書原本と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

京葉ガス健康保険組合 ㊞

※「給付に関する照会同意書」をご提出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。

※取得した個人情報、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には利用いたしません。

【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。