傷病手当金(付加金)初回請求に伴う同意書

同　　意　　書

1. 富士通健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給審査を行なうにあたり、下記事項について同意します。
なお、下記の目的に限り、本紙の写しも有効と認めます。

・富士通健康保険組合が以前私の加入していた保険者に対し、私にかかる資格及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が富士通健康保険組合に対して回答すること
・富士通健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等が富士通健康保険組合に対して回答すること
・富士通健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等が富士通健康保険組合に対して回答すること
・富士通健康保険組合が、個人番号を利用して、私の各種年金受給情報や他健保(国民健康保険除く)における傷病手当金受給状況を照会すること

2. 今後、傷病手当金の支給事由と同一の傷病について、厚生年金保険法による障害厚生年金および国民年金法による障害基礎年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに富士通健康保険組合に報告いたします。また、その時点で過払いの傷病手当金(付加金)または延長傷病手当金付加金があった場合は、返金に応じます。

3. 傷病手当金受給中に、資格喪失後の継続給付受給者となり、老齢厚生年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに富士通健康保険組合に報告いたします。また、その時点で過払いの傷病手当金(付加金)があった場合は、返金に応じます。

4. 傷病手当金の請求にあたり、請求書およびその他関係書類を事業主経由で富士通健康保険組合へ提出することに同意します。また、傷病手当金(付加金)または延長傷病手当金付加金の受領を事業主に委任します。

令和　　年　　月　　日

住所

被保険者氏名

被保険者記号:　　番号:

※入社から2年以内の方は、 富士通健保に加入する前の健康保険の加入状況を以下にご記入ください。

☐ **①国民健康保険に加入**

☐ **②家族の健康保険の扶養だった**

☐ **③自分で勤め先の健保組合や共済健保に加入していた**

→※③の場合は、以下に以前加入の健保等の情報を記載願います。以前加入の健保が2つ以上ある場合は、用紙をコピーして記入ください。

健　保　名	☐健康保険組合 ☐共　済　組　合			
	☐全国健康保険協会(　　)支部			
その健保での被保険者記号・番号	記号		番号	
その健保での被保険者期間	年　月　日 ～　年　月　日			
その当時の会社名				

この調査は健康保険法第59条(文書の提出等)に基づいて行なっており、利用目的の範囲内のみで使用いたします。

＜注意点＞
- **支給可否審査のため、請求からお支払いまでに数か月かかることがあります。**
- **以前、傷病手当金を受給したことがあり、前回の疾病が起因している場合には支給されないことがあります。**
- **以前、他健保(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間がある方は、他健保に対して給付に関する照会を行なうことがあり、その内容によっては今回ご請求の傷病手当金が支給されないことがあります。**