

※初回請求時に傷病手当金請求書と一緒に提出してください。

関西電力健康保険組合 理事長 殿

同 意 書

関西電力健康保険組合が健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- ・関西電力健康保険組合が関係機関（以前加入していた保険者・日本年金機構等）に対し、私に係る資格及び給付歴等の照会を行い、照会を受けた関係機関が関西電力健康保険組合に対して回答すること。
- ・関西電力健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金に係る診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等が関西電力健康保険組合に対して回答すること。
- ・関西電力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関西電力健康保険組合に対して回答すること。

※照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

被保険者の記号：6148 被保険者番号<7桁>：_____

（上記内容を確認の上、被保険者本人の直筆にて署名してください）

被保険者氏名：_____

被保険者住所：_____

生年月日：_____年 月 日

（令和6年12月）