

ジェイティ健康保険組合へ初めて傷病手当金をご請求される方は、
本書をご確認および同意署名の上、傷病手当金請求書と合わせてご提出ください

ジェイティ健康保険組合 理事長殿

傷病手当金に関する同意書

1. 私は、ジェイティ健康保険組合が私の傷病手当金を審査・決定するにあたり、各関係機関への照会およびこの回答を受けることに同意いたします

- ・ 前加入先健康保険組合への私の資格及び給付歴・診療記録等
- ・ 私の受診した医療機関等に対する傷病手当金に係る診療内容
- ・ 現在(または以前に)、私が在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報
- ・ ジェイティ健康保険組合が、個人番号を利用して、私の各種年金受給情報や他健保における傷病手当金受給状況

2. 年金および労働災害に関して報告および併給受給の場合、返還いたします

傷病手当金の支給事由と同一の傷病について、年金(※)および労働災害保険の休業(補償)の申請または受給している場合は、速やかにジェイティ健康保険組合に報告するとともに傷病手当金支給期間中にこれらを受給した場合は、ジェイティ健康保険組合からの返還請求に応じ、返納いたします(労働災害の場合は、傷病手当金以外の診療費用等も含まれます)

※ 厚生年金法による障害厚生年金または障害手当金およびこれに伴う国民年金法による障害基礎年金

3. その他

- ・ 医師の指示(通院・投薬 等)に従って療養に専念し、労働力の早期回復に努めること
- ・ 1 に記された目的のための使用に限り、本同意書の写しも有効とすること
- ・ 延長傷病手当金付加金の請求に関してもすべての項目に同意すること

記入日

(西暦) 年 月 日

被保険者名(自署)
