# 同意書

アルバック健康保険組合理事長　殿

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うに当たり、アルバック健康保険組合が私の以前加入していた保険者に給付記録等の照会を行うことに同意します。

※以前勤めていた会社名　○○○○○○○○株式会社

※勤めていた期間　○○年○○月○○日　～　○○年○○月○○日

※以前加入していた保険者名　○○○○○　健康保険組合・国民健康保険

※当時の保険証の記号・番号　記号　○○○○　番号　○○○

○○　年○○　月○○　日

被保険者記号・番号　○○○○　―　○○○

被保険者住所　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

被保険者氏名(自署)　○○○　○○