

同意書

塩野義健康保険組合理事長

健康保険法に基づく保険給付の支給可否決定を行うにあたり、塩野義健康保険組合が必要とする事項について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所等に対して照会を行い、回答を受けることについて同意いたします。また、上記照会を行うにあたり、塩野義健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。なお、本書の写しも有効といたします。

令和 年 月 日

保険証記号番号 —

〒 —

被保険者住所

被保険者氏名 電話番号

調査書

1. 当健保に加入する以前に勤務した経歴はありますか。

☐ なし⇒下記 2.は記入不要です。

☐ あり⇒下記 2.をご記入ください。

2. 当健保加入前の直近 2 年間の健康保険の加入状況等を記入してください。

※加入していた保険者名(健保名)が不明な場合は勤務していた会社にお問い合わせください。

※健康保険加入期間に空白がないように記入してください。

1	加 入 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
	加入先健保名	
	勤 務 先 名	
2	加 入 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
	加入先健保名	
	勤 務 先 名	
3	加 入 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
	加入先健保名	
	勤 務 先 名	