レイズネクスト健康保険組合理事長殿

照会同意書

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、レイズネクスト健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、 また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

 ※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。

 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

記載日　　令和　　年　　月　　日

被保険者署名（自筆）

住所

連絡先電話　自宅・携帯

※自署できない場合は、代理人が被保険者氏名及び代理人氏名を連名で署名のうえ、それぞれの捺印をしてください。