

## 同意書

私は、貴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いたします。

### 1.関係諸機関への照会

貴組合が、私の傷病、治療内容、療養の状況(診療記録)および給付記録について、医療機関、年金事務所、ハローワーク、事業主、前加入保険者等へ照会し、回答・提供を受けること。

### 2.二重受給時の調整および返還

傷病手当金の支給決定と、労災保険、障害年金、老齢年金など他の公的給付との調整(併給)により、過払いが発生した場合、速やかに返金に応じること。

### 3.転記・写しの有効性

本同意書の写しも、原本と同様に有効であると認めること。

### 4.虚偽申請の禁止

同意内容に違反した場合は、傷病手当金の全部または一部が停止・返還されても異議ないこと。

### 5.資格喪失後(退職後)の継続給付の申請

(1)上記1.2.3.4.が資格喪失前と同様に有効であること。

(2)資格喪失日の前日までに継続して1年以上被保険者(任意継続被保険者、共済組合の組合である被保険者又は国民健康保険に加入していた期間を除く)の期間があること、および継続して就労不能であること。

(3)資格喪失後(退職後)の継続給付中及び終了後において疑義が生じた場合、調査のため追加書類の提示・提出の求めに応じること。(求められた書類の提出を拒んだり、疑義が解消されなかったりする場合、支給が停止、保留または返金を請求する可能性があります。)

年 月 日

被保険者等記号

被保険者等番号

氏名

生年月日 年 月 日

住所 (〒 )