

# 同意書

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合 殿

私は傷病手当金支給申請に当たり、ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合が関係機関(※1)に対して、給付記録や診療履歴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。なお、本紙の写しも有効と認めます。

(※1)関係機関とは、以前加入されていた健康保険組合及び受診していた医療機関等を指します。

年 月 日

住所

氏名

1. ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合に加入する前の状況について、以下ご記入ください。(直前の健保が日立健康保険組合の場合は記入不要)

保険者名称(※2)	
記号・番号	
加入期間	年 月 ~ 年 月
資格	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(以下記入不要)
勤務先	
同居所	
同電話番号	

(※2) 例：〇〇健康保険組合、〇〇共済組合等  
市区町村の国民健康保険に加入されていた場合は、自治体名称をご記入ください。

2. 基礎年金番号をご記入ください。

基礎年金番号	—
--------	---

[記入者氏名] \_\_\_\_\_

[電話番号] \_\_\_\_\_

※ご回答いただきました情報をもとに、傷病手当金の支給審査を進めてまいります。  
お問い合わせさせていただく際にご連絡がつく電話番号をご記入ください。