

給付に関する同意書

(保険給付の支給決定に係る情報取得の同意書)

被保険者氏名

私こと_____は、健康保険法に基づく療養費の支給決定を行なうにあたり、サッポロビール健康保険組合が関係機関等より情報提供を受けることに異議はなく、下記内容等について本書を持って同意いたします。

記

1. 貴組合が関係諸機関等に給付記録・療養の給付記録・診療履歴等の照会を行なうこと。
2. 貴組合が関係諸機関等より回答を得ること。
3. 貴組合が、年金に関する事項について照会を行い、回答を得ることこと。
4. 本書の写しも有効であることを認めます。
5. 後日本件について、貴組合に対して一切の異議、請求等の申し立てをしないことを誓います。

平成 年 月 日

サッポロビール健康保険組合
理事長 小林 真弓 殿

住所 _____

電話（携帯等） _____

被保険者氏名 _____ 印

被扶養者氏名 _____

保険証記号番号 _____

【参考：健康保険法】

第59条 保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第121条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

第121条 保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第59条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。

※ 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。

書式更新日 2017年4月7日