全国硝子業健康保険組合　理事長殿

個人情報提供同意書

　私は、全国硝子業健康保険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、審査のために関係機関に対して、健康保険傷病手当金給付記録・療養の給付記録・診療履歴・療養の状況・年金記録・業務内容・資格情報・雇用保険給付履歴・求職活動の実績・労働者災害補償保険給付履歴等の照会を行い関係機関から回答を得ることに同意いたします。

また、照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

　＊関係機関とは、硝子健保加入期間前後の保険者・医療機関及び医師・年金事務所・事業所・ハローワーク(公共職業安定所)・労働基準監督署等をさします。

　＊照会の手段には「情報提供ネットワークシステムを介した照会」も含みます。

　＊取得した個人情報は、傷病手当金支給決定・審査の目的以外には使用いたしません。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　 記号－番号 －

被保険者住所

被保険者氏名

　　　　　　　　　　　　※自署ではない場合は押印してください。