全国硝子業健康保険組合　理事長殿

個人情報提供同意書

　健康保険法第99条に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、全国硝子業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。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　 記号－番号 －

被保険者住所

被保険者氏名