

【個人情報の取扱い】に関する同意書（初回申請時）

同意書

日鉄物産健康保険組合が私の傷病手当金の支給審査・決定を行うにあたり、下記について同意します。

- 日鉄物産健康保険組合が私の受診した（またはしている）医療機関に対し、傷病手当金の申請に関する傷病、診療内容および医師の所見等について照会を行うこと。または、照会を受けた医療機関等が日鉄物産健康保険組合に対して回答すること。
- 日鉄物産健康保険組合が現在（または以前に）、私が在職している（在職していた）保険者（健康保険組合等）や勤務先に対し、在籍時の傷病手当金受給状況（受給資格・受給歴・診察記録）等を照会すること。または、照会を受けた保険者が日鉄物産健康保険組合に対して回答すること。
- 日鉄物産健康保険組合が社会保険関係事業者の職権により専用端末を用い、法令が定める範囲において、私の各種年金情報や過去に加入していた保険者（健康保険組合等）における傷病手当金受給状況（受給資格・受給歴・診察記録）等の個人情報について照会すること。
- 今後、傷病手当金の支給事由と同一の傷病について、厚生年金保険法による障害厚生年金および国民年金法による障害基礎年金を受給する場合は、速やかに日鉄物産健康保険組合に報告いたします。また、その時点で過払いの傷病手当金（付加金）の支給を受けていた場合には返金致します。
- 上記1. 2に記載された機関への照会等を目的とする使用に限り、本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名

【入社から1年以内の方】 ※傷病手当金の申請（日）時点で1年以内の方

日鉄物産健康保険組合に加入する以前に加入していた健康保険組合での加入期間、傷病手当金の受給歴の有無について以下にご記入ください。また、新卒入社等により前職がない場合には記載する必要はありません。

日鉄物産健康保険組合への加入年月日（資格取得日）：令和 年 月 日

健康保険組合名	加入期間	傷病手当金受給歴	受給対象疾病名
	年 月 日～ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日～ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日～ 年 月 日	有 ・ 無	
	年 月 日～ 年 月 日	有 ・ 無	

この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、利用目的の範囲内のみで使用致します。