

同意書
(誓約書)

令和 年 月 日

村田製作所健康保険組合
理事長 殿

被保険者氏名：
(被保険者 記号： 番号：)

私は、貴組合が傷病手当金の支給審査をするにあたり、必要に応じて関係諸機関（以前加入した健康保険組合、受診していた医療機関、健康保険組合連合会による医療相談窓口等）に対して、受診状況・療養の給付記録・療養履歴・診療内容等の情報提示及び照会を行なうことに同意します。

後日、上記の照会については、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。

なお、本書の写しも有効といたします。

氏名 _____ (印)

前歴	会社名	
	所在地	
	電話番号	
	勤務期間	
	健康保険組合の名称	

※前歴の勤務開始年月が村田製作所健康保険組合の資格取得日から2年以内の場合は、前々歴も記入願います。また扶養家族であった場合もご記入ください。

前々歴	会社名	
	所在地	
	電話番号	
	勤務期間	
	健康保険組合の名称	

※取得した個人情報、傷病手当金支給審査の目的以外には使用いたしません。