

# 同意書 (誓約書)

令和4年3月31日

村田製作所健康保険組合  
理事長 殿

被保険者氏名：村田 太郎  
(被保険者 記号： 1 番号： 12345)

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。

前歴・前々歴が無い場合は、  
ここから下部分の記入不要  
です！

氏名 村田 太郎 村田 印

前歴	会社名	株式会社 ○○○○
	所在地	京都府長岡京市○○○1-10-1
	電話番号	075-○○○-○○○
	勤務期間	令和3年4月～令和3年12月
	健康保険組合の名称	○○○○健康保険組合

※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	△△△△△有限公司
	所在地	滋賀県野洲市△△△2288
	電話番号	077-△△△-△△△△
	勤務期間	平成2年5月～令和3年3月
	健康保険組合の名称	全国健康保険協会 滋賀支部（父の扶養）

※取得した個人情報は、傷病手当金支給審査の目的以外には使用いたしません。