

同意書の提出について

健康保険法に基づく傷病手当金、傷病手当金付加金及び延長傷病手当金付加金（以下、傷病手当金等と言います。）の支給決定を行うにあたり、野村證券健康保険組合が必要と認めた場合、関係機関※に対して、加入記録、給付記録、年金記録、診療履歴、医師の見解等の照会を行うことがあります。

また、傷病手当金等の請求と並行して、障害厚生年金又は退職後の老齢厚生年金（以下、年金等と言います。）を受給している場合は、傷病手当金等の支給額が調整されます。

さらに、同一疾病で労災休業給付金が支給される場合は、傷病手当金等は支給しないものとされています。

このため、後日、年金等や労災休業給付金を受けた場合（遡りを含みます。）は、先に支給した傷病手当金等の全部又は一部を返納していただくことになります。

傷病手当金等の初回請求時に、以下の内容に同意いただき、ご記入の上、傷病手当金等請求書と併せてご提出ください。

同 意 書

野村證券健康保險組合理事長 殿

私は、以下の疾病名による傷病手当金等の請求にあたり、

- ① 野村證券健康保険組合が関係機関※に対して、加入記録、給付記録、年金記録、診療履歴、医師の見解等の照会を行うこと、また、関係機関がこれらの照会に回答することに同意します。なお、照会先が複数となる場合は、本同意書の写しを提供することに同意します。
 - ② 今後、年金等や労災休業給付金の給付が決定した場合、野村證券健康保険組合にその旨を直ちに報告するとともに、裁定通知書又は給付金支給決定書等の写しを提出します。
 - ③ 年金等又は労災休業給付金を受けた場合は、すでに受給した傷病手当金等の全部又は一部を返納することに同意します。

※前加入保険者、事業所、医療機関、年金事務所、労働基準監督署等を指します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------------|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者等 記号・番号 | 記号 | | | | | 番号 | | | | | | |
| 氏名（署名） | 記名の場合は押印が必要です。 | | | | | | | | | | | |
| 疾病名 | | | | | | | | | | | | |