

# 同意書

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類（傷病手当金受給記録・加入履歴）についてホンダ健康保険組合が、当該機関に照会し送付依頼を行うことに異議なく、本書をもって同意します。

令和 年 月 日

ホンダ健康保険組合 理事長殿

住民票登録住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

(※以下はホンダ健保加入前の保険者名（健保名）・記号・番号・勤務先事業所名・所在地・電話番号加入期間をご記入下さい。また、過去3年間分の加入履歴情報をすべてご記入ください。)

① 保険者名

(健康保険組合の名前)： \_\_\_\_\_

(例：〇〇健康保険組合／全国健康保険協会〇〇支部／国民健康保険〇〇市・区)

記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_

勤務先事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

加入期間 年 月 日 ～ 年 月 日

② 保険者名

(健康保険組合の名前)： \_\_\_\_\_

(例：〇〇健康保険組合／全国健康保険協会〇〇支部／国民健康保険〇〇市・区)

記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_

勤務先事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

加入期間 年 月 日 ～ 年 月 日

③ 保険者名

(健康保険組合の名前)： \_\_\_\_\_

(例：〇〇健康保険組合／全国健康保険協会〇〇支部／国民健康保険〇〇市・区)

記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_

勤務先事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

加入期間 年 月 日 ～ 年 月 日