

同意書

- 1 岡山市町村職員共済組合（以下、「共済組合」という。）が地方公務員等共済組合法による傷病手当金の支給審査を行うにあたり、下記事項について同意します。
 - ・ 共済組合が、以前私が加入していた保険者に対し、私の資格及び給付歴・診療記録等の照会を行い、照会を受けた保険者が共済組合に対して回答すること。
 - ・ 共済組合が、以前私が受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容の照会を行い、照会を受けた医療機関等が共済組合に対して回答すること。
 - ・ 共済組合が、現在（または以前に）私が在籍している（または在籍していた）所属所等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた所属所等が共済組合に対して回答すること。
 - ・ 共済組合が、私の各種年金受給情報や他の健康保険における傷病手当金の受給状況を照会すること（個人番号を利用することを含む）。
- 2 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及び国民年金保険法による障害基礎年金を受給することになった場合は、速やかに共済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があった場合は、返還に応じます。
- 3 組合員の資格を喪失した後に傷病手当金を継続して受給することになり、同時に老齢厚生年金を受給することになった場合は、速やかに共済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があった場合は、返還に応じます。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

※自署してください。

生年月日 昭和・平成 年 月 日

【注意点】

- ・ 支給可否の審査のため、請求から支給までにお時間をいただくことがあります。
- ・ 以前に傷病手当金を受給したことがあり、前回の傷病が今回の傷病に起因している場合には支給されないことがあります。
- ・ 同意をいただけない場合、共済組合が確認したい情報があるときは、請求者ご自身に直接、当該情報の提供をお願いすることがありますので、ご了承ください。