

大気社グループ健康保険組合  
理事長 殿

## 同意書兼承諾書

私は、大気社グループ健康保険組合が健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、※関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、※関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

なお、傷病手当金は、療養のため労務不能となり給与が支給されないときに生活を保障する目的で支給されるものであることを承知しています。したがって、その前提に反するような不適切な行為（医療機関の指示に従わず、治療や投薬を受けないような不作為を含む）や虚偽の報告等が存在する事実が判明し、貴健康保険組合が傷病手当金の不支給決定を行った場合、私は異議を申し立ていたしません。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指す。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

年 月 日

記号—番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

(自署) \_\_\_\_\_

健康保険法 : 第 59 条

保険者は、保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者（当該保険給付が被扶養者に係るものである場合には、当該被扶養者を含む。第 121 条において同じ。）に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問若しくは診断をさせることができる。

健康保険法 : 第 121 条

保険者は、保険給付を受ける者が、正当な理由なしに、第 59 条の規定による命令に従わず、又は答弁若しくは受診を拒んだときは、保険給付の全部又は一部を行わないことができる。