

## 同意書

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、スターバックスコーヒージャパン健康保険組合が関係機関（加入していた保険者・医療機関・年金事務所・勤務先等）に対して、給付記録等の照会及び必要情報の提示を行い、関係機関からの回答を得ることに同意します。なお、本書の写しも有効と認めます。

記入日 年 月 日	ID	保険証の記号 - 番号 -	氏名
--------------	----	------------------	----

以下は、スターバックスコーヒージャパン健康保険組合の前に加入していた健康保険について記入してください。不明部分は、前に加入していた健康保険や勤務していた会社にお問合せください。スターバックスコーヒージャパン健康保険組合に加入しておおよそ3年以上経過している方は記入の必要はありません。

## 健康保険 加入歴申告書

健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険
健康保険の名称	国民健康保険の場合は自治体名を記入してください
保険証の記号番号	記号： 番号：
加入していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日
加入区分	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族の扶養）
勤務していた会社名	被保険者として加入していた方のみ回答してください