|  |
| --- |
| **【　注　意　】 　事業主の社会保険業務の外部委託に伴い、内務職員等の健康保険手続きに関する申請書の送付先・照会先は次のとおりです。** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **大同生命保険㈱** | **・内務職員 　　　　・医務職員 　　　　・特別職員　 　　　　・契約職員 　　　　・再雇用者 　　 　　【被保険者記号：1】  　※大同生命より関連会社への 　　出向者を含む** | **○書類送付先 　　社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ（社内便不可・郵送） 　　〒540 - 6319 　　大阪府大阪市中央区城見1-3-7　IMPビル19階 　※該当帳票に事業所証明欄がある場合は、記入不要です。  　○手続き照会窓口 　　Mail：daido-hrp@si-hrp.com 　　TEL:0570-095-509　（平日：9：00～17：00、土日祝・年末年始を除く）  　※個人番号を含む書類を送付する際は、レターパックプラス、簡易書留で送付ください。 　※外部委託先を経由するため、従来よりも手続きに時間を要します。 　　書類は余裕を持って早めに提出ください。** |
| **・営業職員 【被保険者記号：2】** | **○書類送付先（従来どおり変更なし）  　　大同生命健康保険組合 （社内便可） 　　〒550 - 0002 　　大阪府大阪市西区江戸堀1-2-1 　　TEL:06-6447-6241（平日：9：00～17：00、土日祝・年末年始を除く）　 　※該当帳票に事業所証明欄がある場合は、事業主が事業所名等を記載ください。 　※社内便で個人番号を含む書類を送付する際は「マイナンバー専用社内封筒」で 　　送付ください。 　　（郵送の場合は、レターパックプラス・簡易書留で送付ください。）** |
| **・内務従業員組合　　　　　　 【被保険者記号： 3】 ・労働組合　　　　　　　　　 【被保険者記号： 5】 ・㈱大同マネジメントサービス 【被保険者記号：13】 ・T&Dアセットマネジメント㈱【被保険者記号：18】 ・日本システム収納㈱　　　　 【被保険者記号：20】 ・㈱全国ビジネスセンター　　 【被保険者記号：21】　 　 ※大同生命より関連会社への出向者は除く** | |
| **・任意継続被保険者　　　　【被保険者記号：9】** | | **○書類送付先**  **株式会社バリューＨＲ　大同生命健康保険組合事務処理センター**  **〒532 - 0003**  **大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6　アクロス新大阪10階**  **TEL:06-6151-5294（平日：9：00～17：00、土日祝・年末年始を除く）**  **※該当帳票の「事業所名」の記入は不要。** |

調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

・療養開始日　　　　　　　　　　 年　　　　　 月　　　　　日

・Starting date of medication 　　　　Year 　　　　　　　Month　　　　 Day

・患者

（患者名）

（住所）

（生年月日）　　　　　　 年　　　　　 月　　　　　日

・Patient

（Name of patient）

（Address）

（Date of birth） Year　　　　　　　 Month　　　　　Day

大同生命健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、　　　　　　　　　　　　　 は、大同生命健康保険組合の職員又は大同生命健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類等にある事実（療養行為などを行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為などを行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを大同生命健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: DAIDO life health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize DAIDO life health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment,

place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

健保0015 2024－12（本・任）1/2

保期７年（本）紙

署名欄

Signature

署名は、療養を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、

成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して

ください。

Insured person who has received treatment shall sign one’s signature. However, in the

following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person

is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one’s signature.

（氏名）

（住所）

（日付） 年 月 日

（患者との関係） ：本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他〔 〕

（Signature）

（Address）

（Date）Year Month Day

(Relation to the insured) ： Self ・ Guardian ･ Heir ・ Other

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要

事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and

medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or

authorization letter.

健保0015 2024－12（本・任）2/2

保期７年（本）紙