

傷病手当金の申請に関する確認及び同意書（記入例）

（傷病手当金を請求されている 7 月 1 日から 7 月 30日までの期間について）

報酬 及び 他の給付 の 状況 の 確認

報酬等を受けた場合は記載してください。

休んだ期間に会社から報酬を受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	支払の基礎となった期間とその報酬額	令和 4 年 7 月 1日から 令和 4 年 7 月 30日までの分として	住宅手当・家族手当 20,000 円
他にアルバイト、内職等の報酬を受けましたか	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	支払の基礎となった期間とその報酬額	令和 4 年 7 月 1日から 令和 4 年 7 月 30日までの分として	短期のアルバイト 50,000 円
障害厚生年金・障害手当金を受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中	<input checked="" type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	傷病名	くも膜下出血 年金証書に記載されている下4桁の数
			基礎年金番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇 年金コード(下4桁) 1350
			支給開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4 年 1 月 1 日 年金額 700,000 円
退職された方はご記入ください。 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中	名称 厚生年金	基礎年金番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇 年金コード(下4桁) 1150
退職された方はご記入ください。 雇用保険の失業給付を受給していますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中		支給開始年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 31年 4 月 1 日 年金額 1,500,000 円
労災保険から休業補償給付を受けている期間のものはですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 労災請求中		「はい」または「請求中」の方は、健康保険組合にご連絡ください。	
第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		「はい」または「請求中」と答えた場合は、支給元(請求先)の労働基準監督署をご記入ください。 (静岡) 労働基準監督署	
			「はい」の方は、健康保険組合にご連絡ください。	

鈴与健康保険組合 理事長 殿

（他の年金等の給付にかかる傷病手当金の申請についての同意書）

私は、傷病手当金を申請しますが、後日、同一の疾病について障害厚生年金、退職後の老齢厚生年金、同一の疾病について労災保険の休業(補償)給付が決定した場合、鈴与健康保険組合にその旨をただちに報告するとともに、裁定通知書もしくは給付金支給決定の写しを提出いたします。
そのうえで、年金から給付を受けた場合は、その額を限度に健康保険の傷病手当金の一部もしくは全額を返納することに同意し、労災保険の休業(補償)給付を受けた場合は、健康保険の傷病手当金の全額について返納することに同意いたします。

（照会に関する同意書）

私は、傷病手当金の審査決定上、必要に応じて、鈴与健康保険組合が関係機関に対して、診療履歴・年金受給の有無等の照会を行なうこと、関係機関が照会に対する回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、医療機関・年金事務所・事業主・労働局等をいいます。
※本申請書の写しをもって有効といたします。

（※傷病手当金請求書の提出の都度毎回提出してください。）

令和 5 年 8 月 1 日

保険者証の記号・番号 記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

静岡県静岡市〇〇〇〇 1-23-45 〇〇マンション〇〇〇号

被保険者氏名(本人自署)

健保 一郎

鈴与健康保険組合 (R05.06)