

【代理人申請用】

障害厚生年金  
老齢厚生年金 にかかる傷病手当金の申請について(同意書)  
労災休業給付金

**記入例**

傷病手当金の申請と並行して、障害厚生年金又は退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、傷病手当金の支給額を調整することになります。

又、同一疾病で労災休業給付金が支給される場合は、健康保険の傷病手当金は支給しないとしております。

これらの申請について、支給の可否・支給時期等の決定が相当の期間を要する場合には傷病手当金を申請することも可能としております。

但し、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金等を受けた場合は、その受けた給付の額について、先に支給した傷病手当金の一部、若しくは全額を返納していただくことになります。

従って年金等受ける前に傷病手当金を申請する場合は、下記内容について同意され、署名した上で、この同意書を添えて傷病手当金支給申請書を提出して下さい。

森永健康保険組合

【 同 意 書 】

森永健康保険組合 理事長 殿

私 代理人(  )は、令和  年  月  日に死亡した被保険者(  )の傷病名(  )による傷病手当金を申請しますが、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金の給付が決定した場合、森永健康保険組合にその旨ただちに報告するとともに、裁定通知書、若しくは給付金支給決定書等の写しを提出します。

その上で、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、若しくは全額を返納することに同意致します。

あるいは、労災休業給付金の支給を受けた場合は、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致します。

代理人住所

代理人氏名   ( 被保険者との関係  )

代理人電話番号 (  )  -

被保険者健康保険証の記号番号  -

被保険者氏名

令和  年  月  日