

傷病手当金の退職後の給付についての申告及び同意書

傷病手当金を請求するにあたり、次のとおり状況を申告します。

退職時の状況等					添付書類 コピーを提出
障害年金	傷病名				① 年金証書(両面) ② 直近の振込通知書(両面) ③ 変更通知書 * 在職中に当組合へ提出している場合は不要。ただし、金額が変更されている場合は、②③のみ必要
	年金制度名	受給の有無	受給開始日	年金額	
	障害(共済/厚生)年金	有・ 無 ・申請中	年 月 日	円/年	
	障害基礎年金	有・ 無 ・申請中	年 月 日	円/年	
老齢年金	障害一時金	有・ 無 ・申請中	年 月 日	円	① 年金証書(両面) ② 直近の振込通知書(両面) ③ 変更通知書 * 在職中に当組合へ提出している場合は不要。ただし、金額が変更されている場合は、②③のみ必要
	年金制度名	受給の有無	受給開始日	年金額	
	老齢厚生年金(退職共済年金)	有 ・無・申請中	R●年●月●日	●●●●円/年	
	老齢基礎年金	有・ 無 ・申請中	年 月 日	円/年	
雇用保険 (失業保険)	受給の有無	申請中(申請予定)・受給中・受給しない 受給期間を 延長 した・対象外 傷病手当金終了後受給(65歳以上のみ)			「受給期間を延長した」場合 ・雇用保険受給期間延長通知書
	受給しない場合	理由:			
	受給期間を延長	延長開始日	R●年 ●月 ●日		
		延長期間満了	R■年 ■月 ■日		
求職の状況	該当するものをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 求人に応募(又は登録)した(年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> まったく行っていない <input type="checkbox"/> 求人広告をみているだけ <input type="checkbox"/> その他(就職等)()				
健康保険	該当するものをチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 任意継続組合員 <input type="checkbox"/> 会社の保険(被保険者本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者 <input type="checkbox"/> その他()				・健康保険証 * 任意継続組合員は不要

次の事項について、同意します。また、本書の写しも有効と認めます。

- ・ 傷病手当金を受給中に、雇用保険(失業保険)や年金等の他の給付金の受給を開始する場合には、遅滞なく貴組合にその旨を報告すること。
- ・ 傷病手当金と他の給付金等を重複受給したときは、速やかに重複した部分の傷病手当金を返還すること。
- ・ 貴組合がハローワークへ雇用保険受給状況や日本年金機構に年金の受給について確認すること。
- ・ 貴組合が個人番号を利用して年金の状況や雇用保険(失業保険)の状況をオンラインで照会すること。

令和●年 ▲月 ▲日

住 所 **横浜市中区本町●-●-●**

電話番号 **045-●●●-●●●●**

氏 名(自著) **共済 花子**