

傷病手当金 1 回目の請求書に添えてご提出ください

1. 注意事項

⑦年金等を受給している(受給を申請している)場合の傷病手当金の請求

健康保険の傷病手当金については、障害厚生年金または退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、年金の支給が優先され傷病手当金の支給額が調整されます。また、同一の負傷・疾病で労災の休業給付金が支給される場合は、傷病手当金は支給されません。(また、傷病手当金は失業給付との併給はできません。)

これらの年金及び労災給付について、支給の可否や支給時期等が決定するまでに相当の期間を要する場合には、一旦傷病手当金を請求し受給する事も可能となっていますが、傷病手当金の支給後に年金や労災給付等を受けた場合は、先に支給した傷病手当金の一部、または全額を返納していただくことになります。

年金や労災等へ受給を申請している場合は、それらの給付が決定した場合、サノヤス健康保険組合にその旨をただちに報告するとともに、年金額・給付額の確認できる証明書等の写しを提出して下さい。

⑧給付金の請求・支払い手続きについて

被保険者が行う請求及び健保組合が行う支払の手続きは事業主を経由して請求し給付金を支給いたします。(任意継続被保険者は除く)

⑨保険給付の支給決定に係る情報取得について

保険者は保険給付に関して必要があると認めるときは、保険給付を受ける者に対して文書その他の提出を依頼し、または当該者に質問、もしくは診断をさせることができます。

また、文書その他の物件により、本人・医療機関・事業所・官公庁等に照会を行い回答を得ることがあります。

同 意 書

サノヤス健康保険組合が、私の傷病手当金の請求について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、関係機関（私が以前に加入していた健康保険を管掌している全国健康保険協会または健康保険組合等）に対して、必要とする事項（給付記録・療養の給付記録、診療履歴、資格情報等）について情報の照会等を行うこと、また関係機関が当該照会に回答することに同意いたします。

なお、照会先が複数となる場合は本同意書の写しも有効と認めます。

令和 年 月 日

被保険者氏名

住 所

電 話 番 号
