

傷病手当金の継続給付についての申告及び同意書

私、_____は、傷病手当金を請求するにあたり、現在の状況を下記の通り申告します。

労務不能期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

障害年金	受給の有無		有 ・ 無 ・ 請求中		受給「有」の場合 添付書類 (コピーを添付下さい) 年金受給開始後、最初の請求時のみ添付下さい
	「有」の場合	傷病名			
		受給開始日と年金額	年 月 日	円/年	
老齢年金	受給の有無		有 ・ 無 ・ 請求中		・年金証書(裏表両面) ・直近の振込通知書(裏表両面) ・変更通知書 ※金額に変更があった場合
	「有」の場合	年金制度名	受給開始日	年金額	
			年 月 日	円/年	
			年 月 日	円/年	
雇用保険 失業給付	受給の有無		受給中 ・ 受給しない ・ 受給期間を延長した		受給「延長中」の場合 添付書類 (コピーを添付下さい) 退職後、最初の請求時のみ添付下さい
	受給しない場合	失業給付受給を延長しない理由をご記入下さい。			
	延長中の場合	延長開始日	年 月 日		
		延長期間満了日	年 月 日		
求職の状況	該当するものに○をつけて下さい。				
	1. 求人広告を見ているだけ	2. 求人に応募(または登録)した (年 月 日)		
	3. 全く行っていない	4. その他()		

下記の事項について異議なく同意致します。また、本書の写しも有効と認めます。

- ①傷病手当金を受給中に他の給付金等の受給を開始する場合には、遅滞なく貴組合にその旨報告すること。
- ②万一、傷病手当金と他の給付金等を重複して受給していたときは、速やかに過誤受給した傷病手当金を貴組合に返還すること。
- ③貴組合より管轄ハローワークへ雇用保険受給状況や、日本年金機構等に年金の受給について確認すること。

(和暦) 年 月 日

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____