

傷病手当金の継続給付についての申告及び同意書

私、健保 太郎 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： 令和 元 年 11 月 1 日 ～ 令和 元 年 11 月 30 日

障害年金	受給の有無		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 請求中		・年金証書(表裏両面) ・直近の振込通知書(表裏両面) ・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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	失業給付受給を受給しない(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	<u>令和 元 年 10 月 10 日</u>		・雇用保険受給期間延長通知書	
		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)			
	<input checked="" type="radio"/> 3. 全く行っていない		4. その他(就職等)()			

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、日本年金機構に年金の受給について確認すること。

(和暦) 令和 元 年 12 月 1 日

住 所 〇〇県 △△市 □□町 1234

電話番号 090 - 〇〇〇〇 - ××××

氏 名 健保 太郎