傷病手当金の請求にあたっての確認及び同意事項（同意書）

確認事項

1　傷病手当金を受給した後に次のいずれかに該当したときは、速やかに山口県市町村職員共済組合へ報告してください。

（１）傷病手当金の支給事由と同一の傷病について、
①厚生年金保険法による障害厚生年金及び国民年金保険法による障害基礎年金を受給することになったとき
②地方公務員災害補償法による休業補償等を受けることになったとき

（２）組合員の資格を喪失した後に傷病手当金を継続して受給する場合で、
① 老齢厚生年金等の公的年金を受給することになったとき
② 働けるようになったとき（勤務条件を限定しません。傷病手当金受給前と異なる条件であっても、そのときから傷病手当金は終了します。）

2　傷病手当金に過払いが生じたときは返還を依頼しますので、山口県市町村職員共済組合指定の方法で傷病手当金の返還をしてください。

同意事項

傷病手当金の支給の決定のために必要があるときは、山口県市町村職員共済組合が下記項目について照会先に照会を行い、回答を受けること

1　私が受給権を有する年金（照会先：日本年金機構又は共済組合等）

2　私の傷病手当金請求の原因となった傷病に関する情報
（照会先：傷病手当金請求者が受診した医療機関及び担当医師）

上記「確認事項」を確認しました。また、「同意事項」について

☑ 同意します。

基礎年金番号	0	0	0	0	－	0	0	0	0	0	0

↑基礎年金番号（１０桁）を記入

☐ 同意しません。
審査に必要な情報（書類）は、私から山口県市町村職員共済組合へ提出します。

令和△△年△△月△△日

記号－番号　△△△－△△△△

組合員氏名（自署）共済　太郎

※この書類は、傷病手当金の初回請求時に提出してください。請求事由が異なるときは、初回ごとに提出が必要です。
※同意内容について、いずれかの□にチェックをしてください。
　同意するときは基礎年金番号を記入してください（公的年金受給の有無及び決定額確認に使用します。）。
※自署できない場合は、代理人が組合員氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。