

(傷病手当金初回請求用)

担当者確認欄	
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、以下の要件を満たしたものである。 ・請求者本人が作成したものである。 ・記載内容に誤りがないか請求者本人と事務担当者で確認した。

同意書

山形県市町村職員共済組合が地方公務員等共済組合法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- 山形県市町村職員共済組合が関係機関（医療機関、健康保険組合等の医療保険者、市区町村、以前のお勤め先、年金事務所等）に対して、加入期間、傷病手当金等の給付記録、各種年金の受給状況、勤務状況、診療内容及び医師の見解等の照会を行い、照会を受けた関係機関が山形県市町村職員共済組合に対して回答すること。
- 今後、傷病手当金の支給事由と同一の傷病（因果関係のある傷病を含む。）について、厚生年金保険法による障害厚生年金（障害手当金を含む。）又は国民年金法による障害基礎年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに山形県市町村職員共済組合に報告をすること。また、その時点で過払いの傷病手当金があった場合は返金に応じること。
- 傷病手当金受給中に、厚生年金法又は国民年金法による老齢を給付事由とする年金、その他の退職又は老齢を給付事由とする年金の支給を受けられるようになった場合は、速やかに山形県市町村職員共済組合に報告をすること。また、その時点で過払いの傷病手当金があった場合は返金に応じること。

山形県市町村職員共済組合理事長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 ○○市○○町○丁目○番○号

氏名 共済 太郎

※「同意書」を提出いただけない場合は、傷病手当金の支給決定ができない場合があります。

(確認事項)

地方公務員災害補償法の規定による通勤による災害に係る休業補償若しくは傷病補償年金又はこれ以外の補償（第三者による事故などの休業補償等を含む）に該当する傷病ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
「はい」の場合	受給状況	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求予定 <input type="checkbox"/> 受給終了	
	受給対象期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
過去に同一の傷病を理由に療養休暇・休職をされていましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
「はい」の場合	事業所名		
	期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	
これまで傷病手当金を受給したことがありますか。 (以前加入の健康保険組合等を含む。)		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
「はい」の場合	健康保険組合等の名称及び受給時の記号番号	<input type="checkbox"/> () 健康保険組合・共済組合	
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部	
		記号・番号	- 傷病名
障害を給付事由とする年金等を受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	
「はい」又は「請求中」の場合	傷病名	○○○病	
「はい」と答えた場合は、請求書の「年金の種類」「支給額」「支給開始年月」を記入してください。			
老齢・退職を給付事由とする年金を受給していますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
「はい」と答えた場合は、請求書の「年金の種類」「支給額」「支給開始年月」を記入してください。			