

障害厚生年金

老齢厚生年金 にかかる傷病手当金・同付加金、延長傷病手当金付加金の申請について
 労災休業給付金

傷病手当金・同付加金、延長傷病手当金付加金(以下「傷病手当金等」という。)の申請と並行して、障害厚生年金又は退職後の老齢厚生年金を受給している場合は、傷病手当金等の支給額を調整することとなります。

又、同一疾病で労災休業給付金が給付される場合は、健康保険の傷病手当金等は支給しないとしております。

これらの申請について、支給の可否・支給時期等の決定が相当の期間を要する場合には傷病手当金等を申請することも可能としております。

但し、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金等を受けた場合は、その受け給付の額について、先に支給した傷病手当金等の一部若しくは全額を返納していただくこととなります。

従って、年金等受ける前に傷病手当金等を申請する場合は、下記内容について同意され、同意書に署名した上で、傷病手当金等申請書を提出されるようお願いいたします。

みずほ健康保険組合

----- き り と り 線 -----

同 意 書

みずほ健康保険組合 理事長 様

今回申請される疾病名を
ご記入ください。

私は、今回(疾病名 **上腕骨骨折**)により傷病手当金・同付加金、延長傷病手当金付加金(以下「傷病手当金等」という。)を申請しますが、後日、障害厚生年金・退職後の老齢厚生年金・労災休業給付金の給付が決定した場合、みずほ健康保険組合にその旨ただちに報告するとともに、裁定通知書若しくは給付金支給決定書等の写しを提出します。

その上で、年金から給付を受けた場合はその額を限度に健康保険の傷病手当金等の一部若しくは全額を返納することに同意致します。

あるいは、労災休業給付金の支給を受けた場合は、健康保険の傷病手当金等の全額について返納することに同意致します。

住所 〒○○○ -○○○
東京都○○区○○町1-1

住所を忘れずにご記入ください。

被保険者氏名 **みずほ 太郎**

電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○

被保険者等記号番号 ○○○○ - ○○○○○○○

令和 ○○年 ○○月 ○○日