

## 資格喪失（退職）後の傷病手当金支給申請書のご提出について

**提出書類** ※資格喪失（退職）後２回目からは①⑤を送付してください。

- ① 傷病手当金支給申請書（記入漏れがないようご記入ください。事業主記入用は不要です。）
- ② 年金・雇用保険の受給の確認について（お願い）No. 1 No. 2
- ③ 雇用保険の延長通知書（写）
- ④ 厚生年金等（老齢・退職・障害）受給中の場合は年金証書（写）、支給額変更通知書（写）、改定通知書（写）
- ⑤ 労務不能の証明をもらった期間の病院と調剤薬局の領収証（写）またはお薬手帳（写）  
在職中は、病院・調剤薬局から健康保険組合に医療費の請求があるため、療養確認ができましたが、退職後の療養状況の確認ができないため。
- ⑥ 当組合での加入期間が１年に満たない場合、直前に加入されていた健康保険の発行した加入期間の証明書および同意書（証明内容によっては当組合より文書照会を行うことがあります。）

### **注 意 事 項 ・ そ の 他**

- 資格喪失（退職）後のご申請については、在職期間中から継続して受給していることが支給要件となります。
- 医師による労務不能期間の証明は、証明日以前の期間で交付してもらってください。
- 資格喪失後はご申請者の口座へお振込みいたしますので、申請書ごとに委任状欄へ  
〇〇〇銀行 △△支店 預金種別 口座番号 口座名義（カタカナ）をご記入ください。
- 雇用保険の手続きは、ハローワークへご確認ください。  
雇用保険の受給手続き中の方または受給中の方は、就労できる状態のため傷病手当金は支給されません。就労された場合も支給されません。
- 年金の受給額が変更となった場合は、改定後の通知書等（写）をご提出ください。また、厚生年金（障害）等の受給が開始となった場合は、速やかに組合へご連絡をお願いいたします。遡って年金を受けたり、遡って年金の受給額が変更になった場合、傷病手当金の金額が調整となり、支給した傷病手当金を返還していただく場合がございます。
- 自己判断で受診がなく、服薬しない場合等は給付金の支払いが受けられない場合があります。医師からの療養指示に従っていただくようお願いいたします。
- ご申請内容により、上記以外の書類のご提出をお願いすることや文書照会（申請者様・療養担当医師）を行うことがあります。
- 申請書到着後、給付金のお振込みまでには１ヵ月～１ヵ月半程度必要とします。なお、お振込み日の約１週間前になりましたら決定通知書を発送いたします。

ご不明なことがありましたら、下記担当グループまでお問合せをお願いいたします。

なおその際は、ご申請者確認のために当組合の被保険者等記号・番号が必要となります。

全国設計事務所健康保険組合

業務部給付グループ

TEL 03-3404-7344

FAX 03-3404-4457

令和 年 月 日

## 年金・雇用保険の受給の確認について（お願い）

東京都渋谷区千駄ヶ谷2-37-9  
全国設計事務所健康保険組合

この度、傷病手当金のご申請をいただきましたが、給付金支給に関し下記について確認させていただいております。

お手数ですが、ご記入の上ご提出くださいますようお願いいたします。

### 年金の受給について

資格喪失後に傷病手当金を受給される場合は、老齢年金等との調整が必要となりますので年金額等につき確認いたします。

老齢年金を受給されている方は、傷病手当金の額と年金の額が併給調整（健康保険法第108条）となります。

また、障害給付（障害厚生（基礎）年金又は障害手当金）の支給を受ける方は、傷病手当金と同一の疾病に関しては、在職中でも併給調整が行われます。

傷病手当金受給後、年金を受給していることが判明した場合は、差額調整した額を返納していただくこととなりますのでご注意ください。

1. 年金を受給していますか はい ・ いいえ

※「はい」とご回答された場合は①～③についてお教えてください。

①いつから受給していますか 平成 ・ 令和 年 月 より

②年金の種別はなんですか（○で記入ください。）

老齢基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金・障害基礎年金・障害厚生年金・その他（ ）

③年金額はおいくらですか （ 円／1年・2ヶ月・ ）

年金証書、改定通知書、支給額変更通知書等、年金額が分かるものの写を添付してください。

《年金を受けることになった時は、遅滞なく申出てください。》

## 雇用保険の受給について

雇用保険を受給する（される）方は、労働の意思及び能力があると公共職業安定所より認定された方となります。労務不能を支給要件とする傷病手当金の給付は受けられません。

なお、傷病手当金受給期間中に、重複して雇用保険を受給していたことが判明した場合には、支給した傷病手当金を全額返納していただきますのでご注意ください。

1. 雇用保険を受給されますか（されましたか）

- ・ はい
- ・ いいえ

雇用保険の受給延長通知書（写）を添付してください。

被保険者等記号・番号

住 所

電話番号

氏 名