レイズネクスト健康保険組合　理事長　殿

傷病手当金申請にかかる確認書

この度、傷病手当金の申請にあたり、下記事項について確認いたします。

１．支給決定および審査

- ☐ 傷病手当金は申請のみで支給されるものではなく、健康保険組合の審査により支給の可否が決定されます。
- ☐ 前回まで支給されていた場合でも、その後の申請が同様に支給されるとは限りません。
- ☐ 申請内容の確認や医療機関への照会等により、審査に時間を要する場合があります。
- ☐ 審査状況等について、健康保険組合から毎月個別に連絡はできかねます。

２．他制度および給与等との調整に関する届出事項

- ☐ 労災保険の給付を受給する場合、速やかに申し出てください。
- ☐ 雇用保険の給付を受給する場合、速やかに申し出てください。
- ☐ 自動車保険から休業損害金を受領したときは速やかに申し出てください。
- ☐ 傷病手当金受給期間中に、障害年金、障害手当金、老齢年金（厚生・基礎）の支給決定を受けたとき、金額改定の通知を受けたときは速やかに申し出てください。
- ☐ 傷病手当金受給期間中に、労働の対価としての報酬を受領したときは速やかに申し出てください。

３．返還

- ☐ 他制度および給与等との調整により、すでに支給された傷病手当金の全部または一部を返還する必要が生じた場合は、健康保険組合の指示に従い返還します。
- ☐ 返還にあたり、継続給付金との相殺ができないことを了承します。
- ☐ 返還に要する振込手数料等は、申請者の負担となります。

確認日：　　年　　月　　日

健康保険記号・番号：　　―

被保険者署名（自筆）：

代理人：

電話番号

※自署できない場合は、代理人が被保険者氏名及び代理人氏名を連名で署名ください。