

障害厚生年金
老齢厚生年金 にかかると傷病手当金の請求について
労災休業給付金

傷病手当金の請求と並行して、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を請求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、その受けた給付の額について、先に支給した傷病手当金の一部もしくは全額を返納していただくこととなります。

従って、年金等を受ける前に傷病手当金を請求する場合は、下記内容について同意され、同意書に署名した上で、傷病手当金請求書を提出されるようお願い申し上げます。

レゾナック健康保険組合

令和 年 月 日

同意書

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

私は、今回（疾病名： ）により傷病手当金を請求しますが、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、レゾナック健康保険組合にその旨ただちに報告するとともに、裁定通知書も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の一部もしくは全額を返納することに同意し、労災保険の休業（補償）給付を受けた場合は、健康保険の傷病手当金の全額について返納することに同意いたします。

住 所 〒 —

氏 名 _____

電話番号 _____

健康保険証の記号番号 _____