

申 立 書

私が、 年 月 日 に 請 求 しております傷病手当金と同一の
から受給
疾病又は負傷及びこれにより発した傷病により、厚生年金保険法による障害厚生年金、
障害手当金又は老齢厚生年金が受けられることとなった場合は、健康保険法第 108 条
第 2 項、第 3 項及び第 4 項の規定により、傷病手当金の支給調整が行われることは、
承知しております。

同法の規定により、傷病手当金の全部又は一部を返納することになった場合は、速やかに
返納いたしますので、傷病手当金の支給をお願いします。

年 月 日

記号・番号

住 所

申請者氏名

⑨

ダイダン健康保険組合理事長 殿