

【記入例】

※ 傷病手当金の初回申請時にご提出ください。

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 100-1234567

住 所 ○○県○○市○○区○○町 \*\*-\*\*-\*\*

申請者氏名 大 暖 太 郎



ダイダン健康保険組合理事長 殿