

東洋水産健康保険組合理事長 殿

同意書

私は、下記について本書をもって異議なく同意します。

1. 貴組合に対して請求した「傷病手当金支給申請書」の支給決定において、貴組合において調査が必要であると判断した場合には、関係機関（事業主や前加入保険者、療養を担当した医師等）に情報の照会を行うこと。また、貴組合が行った照会に対し関係機関が回答すること。
2. 貴組合が関係機関（事業主や前加入保険者、療養を担当した医師等）に過去の傷病歴を知らせる場合があること。
3. 傷病手当金受給中または受給終了後に、同一傷病について厚生年金法による障害年金（障害手当金）および、労災保険の休業（補償）給付の支給が決定した場合は遅滞なく貴組合に連絡し、全額または一部金額の併給不可に該当する傷病手当金受給期間が生じた場合には、既に受給した期間まで遡って全額または一部の傷病手当金をすみやかに貴組合に返納します。
4. 失業給付の受給申請を開始（予定）する場合は、遅滞なく貴組合に連絡します。
また、失業給付受給申請しているにもかかわらず傷病手当金を受給していた事実が明らかになった場合は、失業給付受給申請の日に遡って傷病手当金の支給決定を取り消されても異議ありません。また、失業給付の申請日以降の期間について傷病手当金を受給した場合には、その期間の傷病手当金をすみやかに貴組合に返納します。
5. 貴組合が管轄ハローワークへ失業給付受給状況を、年金事務所に障害年金（障害手当金）の他公的年金の受給状況を確認することに異議ありません。
6. 本書の写しも有効とします。

年 月 日

記号-番号：(-)

同意者氏名： (自署)

住 所：

申請傷病名：