傷病手当金の請求に係る公的年金等の受給状況等調査書

組合員等記号番号	－	所属所名	
組合員氏名		生年月日	年　　月　　日

① 組合員について記入してください。

年金受給権の有無についての確認 **（該当するもの一つに○をしてください）**		傷病手当金と同一傷病による障害厚生（共済）年金や障害基礎年金、老齢厚生（退職共済）年金等の公的年金の受給権はありません。⇒**以上で記入は終了となります。**
		傷病手当金と同一傷病による障害厚生（共済）年金や障害基礎年金、老齢厚生（退職共済）年金等の公的年金を請求中、若しくは請求する予定です。⇒**以上で記入は終了となります。** ※これらの年金が支払われた場合は、傷病手当金と調整が行われる場合があるため、年金が決定しましたら、速やかに共済組合までその旨ご連絡ください。なお、調整の結果、傷病手当金に過払いが発生した場合は、別途返還が必要となりますのでご承知おきください。
		傷病手当金と同一傷病による障害厚生（共済）年金や障害基礎年金、老齢厚生（退職共済）年金等の公的年金の受給権を有しています。 ⇒**以下の項目に記入してください。併せて、受給している年金の年金額等の分かる書類（年金証書等の写し）を提出してください。**

② 該当するもの一つに○をしてください。

障害を事由とする年金を受けている場合、その傷病名	【傷病名】			
障害厚生（共済）年金又は老齢厚生（共済）年金の額	円	支給開始年月	平成 令和	年　月　日
国民年金法による障害基礎年金又は老齢基礎年金の額	円	支給開始年月	平成 令和	年　月　日
障害一時金（障害手当金）の額	円	支給開始年月	平成 令和	年　月　日

③ 既に公的年金を受給している場合は、記入してください。

上記のとおり報告します。

山梨県市町村職員共済組合理事長 殿

年　　月　　日　　組合員　住　所

氏　名

④ 報告年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

上記の記載内容は、事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日　　所属所長　職名

氏名　　印

⑤ 報告内容を確認のうえ、証明年月日と所属所長（市町村長・一部事務組合管理者）の職名・氏名を記入し押印してください。

※傷病手当金と年金（障害厚生（共済）年金等）を両方受けることはできません。また、傷病手当金と年金等との調整については、年金等が優先して支給され、傷病手当金が調整されることとなります。

（R7.4）