

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

組合員証記号番号	-	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。⇒ <u>以上で記入は終了となります。</u>
		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。⇒ <u>以上で記入は終了となります。</u> ※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）年金等の公的年金を受給しています。⇒ <u>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。</u>

② 該当するものに○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	住所 組合員 氏名
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	職名 所属所長 氏名 印

④ 報告年月日と組合員の住所・氏名を記入してください。

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。