

傷病手当金・傷病手当金附加金の請求に係る同意書

私は別添「傷病手当金・傷病手当金附加金について」を確認しましたので、地方職員共済組合大阪府支部に対して、次のことについて同意します。

- 1 障害共済年金及び障害基礎年金・障害厚生年金及び障害基礎年金・障害手当金・障害一時金の支給が遡って決定し、傷病手当金・傷病手当金附加金（以下「傷病手当金等」という。）との調整が行われることとなった場合で、その期間に係る傷病手当金等が既に支給されている場合は、傷病手当金等の過払い分の金額を地方職員共済組合大阪府支部に返金すること（標準報酬月額の変更などにより傷病手当金等の支給額が変更され、過払い分の金額を返金する場合も含む。）。
- 2 傷病手当金等の請求時に報酬、年金等の受給状況の申告を行わず、傷病手当金等が報酬等との調整前の金額で支給された場合は、傷病手当金等の過払い分の金額を地方職員共済組合大阪府支部に返金すること。
- 3 地方職員共済組合大阪府支部が、傷病手当金等の受給原因となった傷病等について、診療報酬等明細書等により、定期的に医療機関等で治療を受けているか確認すること。
- 4 地方職員共済組合大阪府支部が、傷病手当金等の受給原因となった傷病等の内容について保険医療機関等又は退職後に加入している医療保険者に照会すること、報酬の支給状況を給与支給担当部署に照会すること、休暇休職の状況を関係部署に照会すること及び年金の支給状況を関係機関等に照会すること。
- 5 退職後の傷病手当金等を受給している際に、再就職した場合、パート・アルバイト・自営業等で労働を始めた場合、医師から就労可能な状態と診断された場合及び傷病の治療が終わった場合は、速やかに地方職員共済組合大阪府支部に申し出るとともに、労働開始後又は治癒後の期間について支給された傷病手当金等の過払い分の金額を地方職員共済組合大阪府支部に返金すること。

年 月 日

同意者

住所

氏名

地方職員共済組合 大阪府支部長 様