

## 傷病手当金に係る確認書

私は、傷病手当金又は傷病手当金附加金を請求するに当たり、以下の内容について確認しました。

(すべての項目の□にチェック(✓)を入れ、署名してください。)

1 医療機関等への照会について

傷病手当金の支給業務に当たり必要が生じた場合に、公立学校共済組合埼玉支部が医療機関等へ個人情報の照会を行うことを了承します。

2 年金支払機関への照会について

傷病手当金の支給業務に当たり必要が生じた場合に、公立学校共済組合埼玉支部が年金支払機関へ公的年金等(※)の支給状況の照会を行うことを了承します。また、公的年金等(※)を新たに受給することとなった場合は、短期給付担当にお知らせします。

(※) 障害厚生年金、障害基礎年金及び障害手当金(関連する傷病によるもの)並びに  
老齢厚生年金及び老齢基礎年金等

3 返納について

年金等を受給開始した/公務災害等が認定された/退職後に勤務できるようになった等により、既に給付されている傷病手当金を返納する必要があるときは直ちに返納します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合埼玉支部長 殿

組合員番号 \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_