

(認定様式 13号)

傷病手当金申告書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

扶養認定の申請にあたり傷病手当金について下記の通り申告致します。

被保険者	保険証番号	—	被保険者氏名	印
------	-------	---	--------	---

前会社に下記の項目を記入・証明してもらってください。

認定対象者 前会社記入 申請前の 状況	対象者氏名		続柄：	男・女	年齢： 歳
	標準報酬		千円	退職年月日	平成・令和 年 月 日
	在籍年数	年 月 日	支給開始日	平成・令和	年 月 日
			受給満了日	平成・令和	年 月 日
	健保組合名		健保組合 電話番号		
	上記を証明いたします。 令和 年 月 日				
住所 会社名 代表者名				印	

認定対象者の方は扶養申請する前に下記の内容をご確認ください。
該当のカッコ欄 [] にチェック・記入をお願いいたします。

※下記の①～⑤で該当するものにチェックをしてください。

①～⑤でチェックが1つでもある方は傷病手当金を受給することができません。

- [] ①資格喪失した前日までに継続して1年以上の被保険者期間がない。
[] ②受給満了となっている。
[] ③出産手当金、または雇用保険を受給している。
[] ④休んだ期間に給与の支払がある。(支払があっても手当金の額より多い場合)
[] ⑤労務不能で連続4日以上休んでいない。

上記に該当しなかった方は下記にご記入願います。

※傷病手当金を受給する意思はありますか？

[] ある

⑥に該当する方は傷病手当金を受給すると扶養申請できません。受給終了してからの申請もしくは労務可能な状態になり、傷病手当金の支給が打ち切られた時点での申請となります。

- [] ⑥標準報酬月額が170千円以上である。
[] ⑦標準報酬月額が160千円以下である。
[] ⑧傷病手当金受給満了後の申請である。

[] ない

受給の意思の有無にかかわらず雇用保険申告書を提出して下さい。

傷病手当金を受給しないことをお約束いたします。認定対象者 氏名 印

注：上記申告項目の内容に違反した場合は、当該期間中に受けた保険給付金の返却を請求する場合があります。