

## 傷病手当金についての確認書

**扶養認定対象者の状況をお知らせください。(被保険者の情報ではありません)**

扶養認定対象者氏名		続柄	
-----------	--	----	--

現在、上記の者は、傷病手当金を受給していません。

尚、今後、扶養認定基準額以上の傷病手当金の受給が開始となった場合は、速やかに扶養削除の届出をおこないます。

※傷病手当日額が 3,612 円以上 (60 歳以上または障害者の場合は 5,000 円以上) 受給している場合は、扶養削除となります。

傷病手当金受給状況を下表に記入してください。

傷病手当金を受給 していた健康保険	名 称			
	電話番号			
支給開始日	年	月	日	
支給終了日	年	月	日	

エクセディ健康保険組合 御中

同 意 書

健康保険の扶養申請にあたって、傷病手当金について確認する必要がある時は、貴職が当該官公署に調査を嘱託し、報告を求めることに同意いたします。

また、速やかに提出を行わない場合は、認定取消しとされましても、意義申し立てはいたしません。

また、認定取消しとされた場合は、医療費のエクセディ健康保険組合負担分を返還いたします。

令和 年 月 日

被保険者記号・番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

(本人署名)