

労働基準監督署への照会に関する同意書

日清食品グループ健康保険組合 御中

私は、この度、健康保険の保険給付の申請を行いますが、同一の傷病で労働者災害補償保険の保険給付を申請しています。

このため、労働者災害補償保険法の災害認定の結果が判明した後、速やかに日清食品グループ健康保険組合に連絡を行います。

また、健康保険の保険給付の支給において、日清食品グループ健康保険組合が労働基準監督署に対して、労働者災害補償保険法に基づく給付記録や療養状況等の照会を行うこと、並びに労働基準監督署が同照会への回答を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名
(被保険者の自署)

療養を受けた方の氏名
(療養を受けた方の自署)

健康保険被保険者 記号・番号

署名をする際に、必ずご確認ください

労働者災害補償保険法の保険給付の支給を受けた場合、その認定された傷病と同じ傷病による健康保険の保険給付の支給はできません。健康保険の保険給付を受けられたあとで、労働者災害補償保険法の保険給付の支給を受けられた場合は、支給された当該健康保険の保険給付の全額または一部を返納していただくことになります。

また、必要に応じて、労働基準監督署へ「労働者災害補償保険の保険給付」に関する照会を行う場合がございます。

労働基準監督署へ「労働者災害補償保険の保険給付」に関する照会を行う際に必要な情報となりますので、以下も併せてご回答ください。

1. 申請した労働基準監督署・担当部署・担当者氏名等をご記入ください。
- | | | | | |
|-----------|---|--|---------|---|
| ・ 労働基準監督署 | (| | 労働基準監督署 |) |
| ・ 担当部署名 | (| | |) |
| ・ 担当者氏名 | (| | |) |
| ・ 傷病名 | (| | |) |
- どちらかに○をつけてください。
- | | | | | | |
|-----------|---|------|---|------|---|
| ・ 該当災害の種類 | (| 業務災害 | ・ | 通勤災害 |) |
|-----------|---|------|---|------|---|

2. 労災請求日をご記入ください。
- ・ 労 災 請 求 日 （ 令和 年 月 日 請求 ）

上記、事実には相違ありません。

回答者氏名