

| | | | |
|-------|------|-----|-----|
| 健保決裁欄 | 常務理事 | 所属長 | 主担者 |
| | | | |

| | |
|-------|------|
| 受付年月日 | 決定年月 |
| | |

傷

傷病手当金請求書

【退職後】

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

・退職後の請求であっても「労務不能と認められた期間」が在職期間中の内容のものは「在職者用」の用紙をご使用の上、人事経由でご提出下さい。
 ・特例退職被保険者になったあとの期間は請求できません。

| | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--|--|---|---|-------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証の 記号・番号 | - | 被保険者氏名 | 被保険者の生年月日 年 月 日生 | | |
| | 傷病名 | 発病または 負傷の年月日 | | 平成 | 年 月 日 | |
| | 労務に服することが できなかった期間 | 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 | 日間 | 左記の期間中、療養していな い期間(働いていた期間) | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 日間 |
| | 傷病の原因 | 雇用保険の基本手当(失業給 付)を受けていますか | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 申請中 →「いいえ」の場合は「受給期間延長通知書(写)」を添付 | | |
| | 障害厚生年金、障 害手当金の受給※ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付 | | →※「有」また は「申請中」の 場合 | その傷病名 | |
| | 老齢厚生年金 の受給※ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付 | | | 基礎年金番号 (年金コード) | - () |
| 上記のとおり請求します。 | | | 資 格 喪 失 (予 定) 者 記 入 欄 | ◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 | | |
| 平成 年 月 日 (〒 -) | | | | ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要) | | |
| 住所 | | | | (フリガナ) (金融機関コード) | | |
| 被保険者氏名 (請求者氏名) | | | | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 出張所 | | |
| 電話 () | | | | 普通 フリガナ 口座番号 名義 | | |
| ※請求者名義の口座に限る | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|-----------|--------------------|----------------------|------------------|--------------------|-------|
| 医 師 記 入 欄 | 患者氏名(生年月日) | (年 月 日生) | 傷病名 | | | | |
| | 発病または 負傷年月日 | 年 月 日 | 診療開始日 | 年 月 日 | 労務不能と 認められた期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日間 |
| | 労務不能期間中 の診療実日数 | 日間 | 労務不能期間中 に入院した期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日間 | 転帰 | 年 月 日 |
| | 傷病の主症状および経過の概要 | | | 以上の内容に相違ありません。 年 月 日 | | | |
| | 住所(所在地) | | | 医療機関名 | | | |
| | | | 医師名 | | | | |
| | | | 電話 () | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|----------------------------|--|---|---|-------|-------|
| 事 業 主 記 入 欄 | 労務に服さな かった期間 | 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 | 日間 | 欠勤中の 会社報酬 | <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | 資格取得日 | 年 月 日 | |
| | 給与 区分 | <input type="checkbox"/> 完月者 <input type="checkbox"/> 日給・時給者 <input type="checkbox"/> 月給者(正社員・準社員・契約社員) | 請求期間 の勤怠 | <input type="checkbox"/> 全休職 <input type="checkbox"/> その他 | 休職中の 会社報酬 | <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 | 資格喪失日 | 年 月 日 |
| | ↓労務に服さなかった期間の勤怠(勤怠表の添付でも可) | | 【出勤→出 年休→年 休日→/ 欠勤→欠 休職→休】 | | | | 休職年月日 | 年 月 日 |
| | 月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 欠勤 | 休職 | | | | |
| | この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。 | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 事業所所在地 | | | | | | | | |
| 受任者 事業所名称 | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | |
| 欠勤・休職中に会社報酬が支給される者は、下記の会社報酬の算定基礎数値を記入 | | | | | | 左記算定基礎数値がない場合 | | |
| 月収変更年月日 | | 基準内月収(円) | | 基礎月収(円) | | 【欠勤1日あたりの会社報酬】 | | |
| 年 月 日 ~ | | 千 円 | | 千 円 | | 円 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------|---------------|------|-----------|----------|------|------|------|----|
| 健 保 記 入 欄 | SEQ | 支給期間 | | 支給区分ごとの日数 | | | 休職日数 | 欠勤日数 | NO |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 法2/3 | 付85%-2/3 | 延25% | | | |
| | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | |
| | 障害厚生年金等 | 108条の額 | | 支給開始 | 年 月 日 | 備考欄 | | | |
| 円/日 | 千 円 | | 法定満了 | 年 月 日 | | | | | |
| | | | 延長満了 | 年 月 日 | | | | | |

退職後傷病手当金請求時に請求書と併せてご提出ください。この報告書は、傷病手当金支給決定時に参考とさせていただきます。重要な書類となりますので、もれの無いようご記入願います。

退職後傷病手当金請求に伴う状況報告書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|
| 被保険者証記号・番号 | 記号 | | 番号 | | | | | | | | 被保険者氏名 | |
|------------|----|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|

該当のものに○を付けてください。

| | |
|------------------|---|
| 症状の経過について | <p>1. 良くなっている 2. 少し良くなっている 3. あまり変わらない</p> <p>4. 少し悪くなっている 5. 悪くなっている 6. その他 ()</p> |
| 療養および就労について | <p>1. 療養に専念しているため就労不能 及び 就労または就職の予定も無い</p> <p>2. 現在求職中である</p> <p>3. 就職予定である (平成 年 月 日から)</p> <p>4. 現在既に就職済である</p> <p>5. その他 ()</p> |
| 雇用保険の失業給付等について | <p>1. 給付の申請はしていない</p> <p>2. 受給期間延長の申請をした (平成 年 月 日 から延長継続中)</p> <p>3. 受給手続中である (平成 年 月 日 から受給予定)</p> <p>4. 給付を受けた (平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間)</p> |
| 現在の健康保険の加入状況について | <p>1. パナソニック健康保険組合の任意継続保険に加入</p> <p>2. 国民健康保険に加入</p> <p>3. 家族の扶養に入っている</p> <p>4. その他の社会保険に加入</p> |

※この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）に基づいて行っており、利用目的の範囲内で活用されます。

退職後傷病手当金の請求にあたり、上記の内容に相違ありません。

平成 年 月 日

被保険者氏名

印