

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

受付年月日	決定年月
-------	------

**傷病手当金請求** ご注意ください **【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つ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	9 1 - 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者の生年月日	昭和52年 9 月 10 日生	
	傷病名	右足首骨折			発病または 負傷の年月日	平成 29 年 5 月 14 日		
	労務に服することが できなかった期間	自 平成 29 年 6 月 1 日	至 平成 29 年 6 月 30 日	30 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 checked="" type="checkbox"/> 無 日間 ( / / ~ / / , / ~ / / )		
	傷病の原因	登山中に足をくじいた際、骨折 ③			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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 ① →「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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 ② →「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。	平成 29 年 7 月 12 日			◆ 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。 ※ 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	大阪府〇〇市〇〇町1-1-1			資格喪失 (予定)者記入欄	(フリガナ) (金融機関コード)	(フリガナ) (店番コード)		
被保険者氏名 (請求者氏名)	健保 太郎			普通 口座番号	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
電話	0 0 0 ( 0 0 0 0 ) 0 0 0 0			もれなく医師に記入を受けてください 訂正は医師の印が必要です				
※請求者名義の口座に限る								

医 師 記 入 欄	患者氏名(生年月日)	健保 太郎 (昭和 52 年 9 月 10 日生)		傷病名	右足首骨折				
	発病または 負傷年月日	平成 29 年 5 月 14 日	診療開始日	平成 29 年 5 月 14 日	労務不能と 認められた期間	自 29 年 6 月 1 日 30 日間 至 29 年 6 月 30 日			
	労務不能期間中 の診療実日数	3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	平成 29 年 7 月 5 日 治癒・死亡・転医・中止・ <b>継続</b>		
	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。平成 29 年 7 月 5 日 住所(所在地) 大阪府〇〇市〇〇町〇〇1-2-3 医療機関名 大阪〇〇病院 医師名 大阪 一郎 電話 0 6 ( 1 2 3 4 ) 5 6 7 8				
平成29年5月14日登山中に負傷。 右足首骨折と診断・治療ののち経過良好で回復の方向 であるが、この期間労務不能であった。				大阪印					

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	平成25 年 4 月 1 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	平成29 年 6 月 1 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】																												
	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 日
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)		控除率(%)		減給率(%)																									
【欠勤1日あたりの会社報酬】																																	

- ①障害厚生年金、障害手当金…障害厚生年金・障害手当金の受給「有」の場合は「年金証書(写)」を添付の上、その受給の要因となる傷病名および基礎年金番号・年金コードをご記入下さい。「申請中」の場合は、傷病名・基礎年金番号のみをご記入下さい。
- ②老齢厚生年金…老齢厚生年金の受給「有」の場合は「年金証書(写)」を添付の上、基礎年金番号・年金コードをご記入下さい。「申請中」の場合は、基礎年金番号のみをご記入下さい。
- ③雇用保険の失業給付…健康保険の傷病手当金と雇用保険の失業給付金は同時に受給できません。退職後(資格喪失後)の継続給付として傷病手当金を請求される場合は、雇用保険の失業給付金を受給していないことが確認できる書類(受給期間延長通知書等)の写しを添付して下さい。

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。

ご請求期間中の状況をご記入の上、毎回ご提出願います。

## 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	9	1	番号	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	健保 太郎
------------	----	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	--------	-------

該当のものに○を付けてください。

症状の経過について	1. 良くなっている <input checked="" type="radio"/> 2. 少し良くなっている 3. あまり変わらない 4. 少し悪くなっている 5. 悪くなっている 6. その他 ( )
療養および就労について	<input checked="" type="radio"/> 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 2. 現在求職中である 3. 就職予定である (平成 年 月 日から) 4. 現在既に就職済である 5. その他 ( )
雇用保険の失業給付等について	1. 給付の申請はしていない <input checked="" type="radio"/> 2. 受給期間延長の申請をした (平成 29年 6月 1日 から延長継続中) 3. 受給手続中である (平成 年 月 日から受給予定) 4. 給付を受けた (平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間)
現在の健康保険の加入状況について	<input checked="" type="radio"/> 1. パナソニック健康保険組合の任意継続保険に加入 2. 国民健康保険に加入 3. 家族の扶養に入っている 4. その他の社会保険に加入

※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。

署名・捺印の上、ご提出ください

平成 29年 7 月 12 日

被保険者氏名 健保 太郎

健保