

初回申請時には必ずご記入の上、提出してください。復職後も同一傷病による治療が継続しており、すでに傷病手当金の支給期間が満了している場合は支給対象になりませんので、ご留意願います。

## 傷病手当金請求前チェックシート【被保険者記入用】

被保険者番号		名前	
--------	--	----	--

下記①～③の□にチェックを入れて下さい。

① パナソニック健保ならびに他健保で過去に傷病手当金の受給をしたことがない

はい

いいえ

② 今回の請求が前回の請求と同一傷病、もしくは関連傷病\*<sup>1</sup>でない

はい

いいえ

③ 前回の支給終了後又は復職後も同一傷病、関連傷病\*<sup>1</sup>で診察又は投薬がない

(ただし、手術後の経過観察は除く)

はい

いいえ

すべての項目が「いいえ」になる方は、請求書をご提出いただいても傷病手当金の支給対象にはなりません\*<sup>2</sup>ので、ご留意願います。

※1 関連傷病とは直接的、医学的因果関係がある傷病であること

精神医学領域の診断は、その実態に明らかな断絶が認められていない限り、相互に相当因果関係のある一連の疾病であるとみなす

※2 健保法第九十九条 第2項

傷病手当金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から起算して1年6ヵ月を超えないものとする。

〈人事ご担当者様へ〉

上記のすべての項目が「いいえ」にチェックが入っている場合、申請者の申請理由、状況をご確認の上、請求書の事業主記入欄の証明を行ってください。

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 請求書  
 傷病手当金  
 傷病手当金付加金  
 延長傷病手当金付加金

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所担当者	氏名	電話

被 保 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	
	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	業務の種別	<input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 製造系 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 営業系 ( )
	傷病の原因		労災又は第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出	
	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。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。		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	( 千 一 )		※ 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)	(フリガナ)
	被保険者氏名(請求者氏名)	Ⓜ		(金融機関コード)	(店番コード)
電話	( )	<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	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
	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	労務に服できなかった期間	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	資格喪失日	年 月 日		
	↓労務に服できなかった期間の勤怠(勤怠表の添付でも可)		休職中の会社報酬	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	休職年月日	年 月 日	復職年月日	年 月 日
	【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	休職	日	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	日	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】			
年 月 日 ~	千 円	千 円	円	円	円			
年 月 日 ~	千 円	千 円	円	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/1日	千 円	法定満了	年 月 日			
		延長満了	年 月 日			

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。

初回請求時の場合は請求書と併せてご提出ください。  
の欄は必ずチェックしてください。 記入内容については分かる範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

## 傷病手当金(付加金)請求に伴う状況報告書兼同意書

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	
------------	----	--	----	--	--	--	--	--	--	--------	--

I	「ある」とチェックの場合、記入ください。	以前、他健保(国民健康保険を除く)の被保険者であった期間が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない									
		健保名	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部									
		その健保での被保険者証記号・番号	記号		番号							
		その健保での被保険者期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
		その当時の会社名										
		健保名	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部									
		その健保での被保険者証記号・番号	記号		番号							
		その健保での被保険者期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
		その当時の会社名										

II	「ある」とチェックの場合、記入ください。(受給期間は「〇年〇月ごろ」でも可)	他健保の被保険者期間も含め、今までに傷病手当金を受給したことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		※復職後も同一傷病による治療が継続しており、すでに傷病手当金の支給期間が満了している場合は支給対象となりませんので、ご留意願います。						
		受給した傷病名									
		受給した期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
		受給期間中から現在まで同一傷病で継続した治療が続いていますか?	はい ・ いいえ								

## 同意書

パナソニック健康保険組合が健康保険法による傷病手当金の支給決定を行うにあたり、下記事項について同意します。

- ・ パナソニック健康保険組合が関係機関(以前加入していた保険者・日本年金機構等)に対し、私にかかる資格及び給付歴照会を行い、照会を受けた関係機関がパナソニック健康保険組合に対して回答すること
- ・ パナソニック健康保険組合が以前私の受診した医療機関等に対し、傷病手当金にかかる診療内容等の照会を行い、照会を受けた医療機関等がパナソニック健康保険組合に対して回答すること
- ・ パナソニック健康保険組合が現在(または以前に)、私の在職している(在職していた)勤務先等に私の個人情報に関する照会を行い、照会を受けた勤務先等がパナソニック健康保険組合に対して回答すること

※ 照会先が複数となる場合は、本同意書の写しも有効と認めます。

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

住所

被保険者

氏名

(旧姓: )

印