

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

業務上または通勤途上での傷病では請求不可
 事業所人事ご担当者様名

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 7-000-0000

被保険者証の記号・番号	1 0 - 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 3 0 年 3 月 1 4 日	
労務に服することができなかった期間	自 平成 3 0 年 3 月 1 4 日 至 平成 3 0 年 3 月 3 1 日	1 8 日間	業務の種別	<input type="checkbox"/> 技術系 <input checked="" 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	登山中に足をくじいた際、骨折		労災又は第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付		②	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 →「有」の場合は「年金証書(写)」を添付		③	基礎年金番号(年金コード)	- ()
資格喪失(予定)者記入欄	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。 平成 3 0 年 4 月 8 日 (〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○) 住所 大阪府○○市○○町1-1-1 被保険者氏名(請求者氏名) 健保 太郎 電話 0 0 0 (0 0 0 0) 0 0 0 0		◆ 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)		
			普通口座番号	フリガナ名義	本店 支店 出張所

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 30 年 3 月 14 日	診療開始日	平成 30 年 3 月 14 日
労務不能期間中の診療実日数	5 日間	労務不能期間中に入院した期間	自 年 月 日 日間
傷病の主症状および経過の概要	平成30年3月14日登山中に負傷。歩行困難であったため安静の上、亀裂骨折等を疑い検査を行なった結果、右足首骨折と診断し、この期間労務不能であった。		
	以上の内容に相違ありません。平成 3 0 年 4 月 5 日 住所(所在地) 大阪府○○市○○町○○1-2-3 医療機関名 大阪○○病院 医師名 大阪 一郎 電話 0 6 (1 2 3 4) 5 6 7 8		

労務に服さなかった期間	自 平成 30 年 3 月 14 日 至 平成 30 年 3 月 31 日	18 日間	欠勤中の会社報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	資格取得日	平成28年 4 月 1 日	
給与区分	<input checked="" type="checkbox"/> 月給者 (正社員 準社員・契約社員)	請求期間の勤怠	<input checked="" type="checkbox"/> その他	退職中の会社報酬	<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】						
3 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	出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 出 欠 欠 欠 欠 欠 欠 欠 欠 欠 欠	9 日	休職	9 日	休職	
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 欠	欠 欠	欠 欠	欠 欠	欠 欠	
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 3 0 年 4 月 1 2 日		事業所所在地	大阪府○○市○○町○丁目○番地			
基準内月収×控除率=給与日額	基礎月収×減給率=欠勤時減給日額	給与日額-欠勤時減給日額 = 欠勤1日あたりの会社報酬	事業所名称	○○○株式会社			
			事業主氏名	代表取締役 ○○ 一郎			
月収変更年月日	基準内月収(円)	基礎月収(円)	控除率(%)	減給率(%)	左記算定基礎数値がない場合		
年 月 日 ~	千 円	千 円			【欠勤1日あたりの会社報酬】		
年 月 日 ~	千 円	千 円			円		

- ① 労災又は第三者行為による傷病…業務上での傷病、または交通事故に遭った、他人から暴力を受けた、他人のペットにかまれた、外食先で食中毒に遭ったなどが対象です。
- ② 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。
- ③ 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

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	1	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	健保 太郎
------------	----	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	--------	-------

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 checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	以前、パナソニック健保・国民健康保険以外の保険証(被保険者)を持っていた期間があるか	健保名	ABCD	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合		
		その健保での被保険者証記号・番号	記号	1111	番号	54321
		その健保での被保険者期間	平成20年 4月 1日 ~ 平成24年 12月 31日			
		その当時の会社名				
		健保名	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(大阪)支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合			
		その健保での被保険者証記号・番号	記号	5555	番号	777777
	その健保での被保険者期間	平成25年 1月 1日 ~ 平成28年 3月 31日				
	必ず記入してください	その当時の会社名	守口〇〇株式会社			

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 checked="" 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	胃・十二指腸潰瘍		
		受給した期間	平成28年 1月 21日 ~ 平成28年 2月 25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等照会を行い、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。

署名・捺印の上、ご提出ください

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

平成 30年 4月 8日

被保険者

住所 大阪府〇〇市〇〇町1-1-1

氏名 健保 太郎
(旧姓:)

