常務理事	検　印	担　当

まずは記入前の注意点を
動画にてご確認ください

決定年月日

1 2 3 4

在職者継続申請用

健康保険 傷病手当金（付加金）延長傷病手当金付加金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者名をご記入ください
また、**記入漏れがある場合は返戻をいたします**ので、記入漏れのないようご注意願います。

記入日　令和　　年　　月　　日

被保険者【申請者】情報

被保険者等（右づめ）	記号　　番号	生年月日 □昭和 □平成　年　月　日
氏　名	（フリガナ）	電話番号（日中の連絡先） ☎　（　）
住　所	〒　－	健保受付印

被保険者【申請者】申請内容

1 傷病名	(1)	2 発病または負傷年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
	(2)		□昭和 □平成 □令和　年　月　日
	(3)		□昭和 □平成 □令和　年　月　日

3 療養のため休んだ期間（申請期間）　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日数　日間

4「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか
受給している場合、どちらを受給していますか
□ 1. はい → □ 1. 障害厚生年金 / □ 2. 障害手当金
□ 2. 申請中
□ 3. いいえ

4-①「はい」または「申請中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号を記入ください
記載内容の確認可能な年金証書（写）、年金額改定通知書（写）の添付が必須

傷病名　　基礎年金番号
年金コード　開始年月 □昭和 □平成 □令和　年　月　年金額　円

5 介護保険法のサービスを受けた時　保険者番号　保険者名称　被保険者番号

給付金支給明細書を自宅からご確認いただくために MY HEALTH WEB への登録とセキュリティーコードの発行をお願いいたします。
登録方法とセキュリティーコードの発行方法については、健保ホームページ右下のチャットに「給付金支給明細を見たい」とお尋ねください。

健保記入欄

資格取得日　年　月　日　資格喪失日　年　月　日　任継取得日　年　月　日　任継喪失日　年　月　日

SEQ	申請期間 No.	日額	支給期間	支給区分ごとの日数 法定2/3	付85－2/3	延長25%	休職日数	欠勤日数	108条の額	支給決定金額
			年 月 日 ～ 年 月 日						千 円	千 円
			年 月 日 ～ 年 月 日						千 円	千 円
			年 月 日 ～ 年 月 日						千 円	千 円
			年 月 日 ～ 年 月 日						千 円	千 円

年金種別	年金／1日	支給開始	年 月 日	備考欄
	千 円	法定満了	年 月 日	
		延長満了	年 月 日	

在職者継続申請用

健康保険 傷病手当金（付加金）延長傷病手当金付加金 支給申請書

事業主記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者名をご記入ください
また、**記入漏れがある場合は返戻をいたします**ので、記入漏れのないようご注意願います。

事業主が証明するところ

被保険者等（右づめ）	記号	番号	被保険者氏名

労務に服さなかった期間　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日数　日間

↓ 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 】

	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
月																																日	日
月																																日	日
月																																日	日
月																																日	日
月																																日	日

給与区分	請求期間の勤怠	賃金計算
☐ 日給・時給者 ☐ 月給者（正社員・準社員・契約社員） ☐ 完月者　☐ その他（　　）	☐ 全休職 ☐ その他	締　日　　日 支払日　☐ 当月 ☐ 翌月　日

上記の期間に対して会社報酬はありますか？

☐ はい
- ☐ 欠勤中の会社報酬支給（ 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 ）
- ☐ 休職中の会社報酬支給（ 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 ）

☐ いいえ
- ☐ 全期間支給なし
- ☐ 一部期間支給なし（ 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 ）

欠勤・休職中に会社報酬が支給される場合は、下記の会社報酬の算定基礎数値を記入

月収変更年月日	基準内月収(円)	基礎月収(円)	控除率(%)	減給率(%)
令和　年　月　日 ～				
令和　年　月　日 ～				

左記算定基礎数値がない場合
【欠勤1日あたりの会社報酬】
円

【欠勤中の会社報酬日額】＝基準内月収×控除率－基礎月収×減給率

【休職手当日額】＝基準内月収×休職手当率【 30% ・（　　）%】×休職日数／30（固定）＝＿＿＿＿＿＿円

特記事項（その他、連絡事項等あればご記入ください。〔例〕完月者のため、〇月〇日までは報酬100%支給 等）

事業主証明欄

この申請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、貴健康保険組合との間で定められている方法で受け取ります。

令和　年　月　日

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。
①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
事業所コード（　　）

（本件問合せに必要ですので、必ず記入してください）
本件問合せ連絡先
部署・担当者名
電話連絡先

在職者継続申請用

健康保険 傷病手当金（付加金）延長傷病手当金付加金 支給申請書

医師記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者名をご記入ください
また、**記入漏れがある場合は返戻をいたします**ので、記入漏れのないようご注意願います。

医師（療養担当者）が意見を記入するところ

患者氏名			
❶ 傷病名	(1) (2) (3)	❷ 当院での療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 昭和・平成・令和　年　月　日 (2) 昭和・平成・令和　年　月　日 (3) 昭和・平成・令和　年　月　日
発病または負傷の年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日　□ 発病 □ 負傷	発病または負傷の原因	
❸ 労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から　日間 令和　年　月　日まで	療養費用の別	□ 健保 □ 公費（　） □ 自費 □ その他（　）
		転帰	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医
上記期間中	入院期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間	
診療実日数	日	診察日を○で囲んでください	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 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 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

❹ 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

手術年月日　令和　年　月　日

症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見および就労の見込みについて

(1)　年　月　日頃から就労可能の見込み　(2) 現時点では不明

人工透析を実施 又は人工臓器を装着したとき

- 人工透析を実施 または 人工臓器を装着した日
  昭和・平成・令和　年　月　日
- 人工臓器等の種類
  □ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 人工透析
  □ 心臓ペースメーカー □ その他（　）

❺ 記載内容について相違ありません。　令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号　（　）

【療養担当者（主治医）の方へ】

❶ 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。
❷ 左の傷病名について、その傷病名の初診日をご記入ください。
❸ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。
❹ 症状 および 経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。
❺ **❸の労務不能と認めた期間以降**にご記入ください。

在職者継続申請用

健康保険 傷病手当金（付加金）延長傷病手当金付加金 支給申請書

振込口座 & チェックリスト

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者名をご記入ください
また、記入漏れがある場合は返戻をいたしますので、記入漏れのないようご注意願います。

❶振込先の確認

現在の状況について、お尋ねします。

☐1. 在職中（**給付金の受領を事業主へ委任します**）

☐2. 任意継続被保険者として、パナソニック健保に加入中

☐3. 令和　年　月　日退職

「3」に該当する方のみ、
② をご記入ください ➡

❷資格喪失者の口座

コード番号	（金融機関コード）	（店番コード）
金融機関名称	☐銀行 ☐金庫 ☐信組 ☐その他（　）	☐本店 ☐支店 ☐出張所
預金種別	普通	口座番号 ☐☐☐☐☐☐☐（右づめ）
口座名義人	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）◆被保険者名義の口座に限る	
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。 （上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします） ☐マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。	

㊟ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認（戸籍謄本、住民票等）できる書類の提出が必要です。また、委任状を追加で求める場合があります。
ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

【傷病手当金申請チェックリスト】

各申請書の「確認事項」を確認いただき、整っていれば申請者チェック欄に ✓ をつけてください。不備がある場合は、整えてからご提出ください。申請者チェック欄（すべての項目）に ☑ がついていることを確認いただき、ご申請願います。

		確認事項	チェック欄
被保険者確認	1ページ	「被保険者情報」に記入漏れはありませんか？＊記入漏れがあると支給が遅れることがあります	☐
		「療養のため休んだ期間」は、医師の「労務不能と認めた期間」と同じ期間となっていますか？	☐
		障害厚生年金や障害手当金年金の有無欄は記入されていますか？	☐
		障害厚生年金や障害手当金を受給されている場合は、申請期間中の年金額がわかるものの提出が必要です。年金証書（写）や年金改定通知書（写）等を添付されていますか？ 障害年金等を受給されていない場合は、チェックは不要です	☐
	3ページ	「医師が意見を記入するところ」は、主治医等に漏れなく記入してもらっていますか？ 【健康保険法施行規則第84条第2項】（診断書での代用は不可）	☐
		「労務不能と認めた期間」以降の日付になっていますか？	☐
事業主確認	2ページ	「事業主が証明するところ」に記入漏れはありませんか？	☐
		「労務に服さなかった期間」は、被保険者の「療養のため休んだ期間」、医師の「労務不能と認めた期間」と同じ期間となっていますか？	☐
		「労務に服さなかった期間」の勤怠の記入（添付）漏れや、事業主証明欄の証明日 および事業所コード等の記入漏れはありませんか？	☐
	4ページ	上記の給付金振込口座を確認されていますか？＊在職中は事業所振込となります	☐