

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 の手続き

仕事を辞めて被保険者資格が喪失した場合、以下 **5つの条件をすべて満たしている場合**は、退職後も継続して給付を受けることが可能です。

1	退職日までに、1年以上継続して健康保険の被保険者資格があること
2	退職日の前日までに連続して3日以上休業し、退職日も休業していること (退職日に半日であっても勤務した場合、退職後は支給対象外となります)
3	失業給付等を受給していないこと (失業給付は働くことができる方に対して支給されるため、傷病手当金との併給はできません)
4	同一の傷病により、退職後も引き続き療養のために労務不能であること
5	労務不能期間が継続していること (退職後は、断続しての受給はできません)

資格喪失後の給付については法定給付のみとなり、傷病手当金付加金や延長傷病手当金付加金は支給対象外となります

申請書は2～4ページ目です。漏れなく正確にご記入ください



- 被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

退職後の初回申請時等は、添付書類をご用意ください

## ● 雇用保険を受給延長する場合

「雇用保険受給期間延長通知書」(写)を添付してください

## ● 雇用保険の受給延長をしない場合

理由の確認等必要となります。事前に健保へご連絡ください

## ● 年金を受給する(している)場合

記載内容の確認可能な「年金証書」(写)または「年金額改定通知書」(写)を添付してください  
また、**前回より年金額が改定された場合は、「年金額改定通知書」(写)**を添付してください

常務理事	検印	担当



決定年月日

退職後申請用

1 2 3

# 健康保険 傷病手当金 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ください。

記入日 令和 年 月 日

被保険者情報	パナソニック健保の 被保険者証 (右づめ)	記号	番号	生年月日									
	氏名 (フリガナ)				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日					
	住所	〒			<input type="checkbox"/> 平成								
被保険者申請内容	1 傷病名	(1)	2 発病 または 負傷 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日						
		(2)		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日						
		(3)		<input type="checkbox"/> 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

健保受付印

申請者の口座	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)	預金種別	普通	口座番号 (右づめ)	
	金融機関	銀行 金庫 信組 その他( )	本店 支店 出張所				
	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					現在、任意継続被保険者制度に加入されている場合は、記入不要です。加入時に申請された給付金口座へ振込いたします。
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) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。						

② 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、死亡時に相続金がパナソニックの被扶養者であった場合は不要です。

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								支給日数	108条の額		支給決定金額			
		No.	日額		支給期間				法定3/3							
					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										

## 健康保険 傷病手当金 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ください。

1 退職後の傷病手当金支給については雇用保険の失業給付(基本手当)の受給期間延長の申請を行いましたか

1. はい → 受給期間延長通知書(写)を添付してください。③添付がない場合、書類不備のため返戻となります  
 2. 2回目以降の支給申請のため、すでに受給期間延長通知(写)は提出済  
 3. いいえ → 理由の確認が必要となりますので、事前に健保へご連絡ください。

2 雇用保険の失業給付等の現在の状況について

1. 給付の申請は行ってない  
 2. 受給期間延長の申請を行った(令和 年 月 日から延長継続中)  
 3. 受給手続き中である(令和 年 月 日から受給予定)  4. 現在、すでに再就職済である  
 5. その他( )

3 以下の年金を受給していますか

A 障害厚生年金・障害手当金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	Aで「はい」の場合、どちらを受給していますか		<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金
		Aで「はい」・「請求中」の場合、受給の要因となった(なる)傷病名		
B 老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ	A・Bで「はい」・「請求中」の場合	年金コード	
			基礎年金番号	
			受給開始日	年 月 日
			年金額	円

③ 初めて「はい」と答えた場合は、記載内容の確認可能な年金証書(写)、年金額改定通知書(写)の添付が必須です。  
また、前回より年金額が改定された場合も、年金額改定通知書(写)の添付が必須です。

4 介護保険法のサービスを受けたとき

保険者番号

保険者名称

被保険者番号

5 労災保険から休業補償給付を受けていますか

- はい  
 請求中  
 いいえ

「はい」又は「請求中」の場合、支給元(請求先)の労働基準監督署の名称  
労働基準監督署

6 現在の状況について

6-① 症状の経過について

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  
 4. 少し悪くなっている  5. 悪くなっている  6. その他( )

6-② 療養および就労について

1. 療養に専念しているため就労不能及び就労又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( 年 月 日から)  
 4. 少し悪くなっている  5. その他( )

6-③ 現在の健康保険の加入状況について

1. パナソニック健康保険組合の任意健康保険に加入中  
 2. 国民健康保険に加入中  3. 家族の健康保険の被扶養者である  
 4. 上記以外の社会保険に加入中

※この調査は健康保険法第59条(文章の提出等)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申請にあたり、上記の内容に相違ありません。

年 月 日 被保険者氏名

パナソニック健康保険組合

## 健康保険 傷病手当金 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ください。

医師（療養担当者）が意見を記入するところ	患者氏名																																		
	① 傷病名	(1)	② 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)			(2) 昭和・平成・令和	年	月	日																											
		(3)			(3) 昭和・平成・令和	年	月	日																											
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因																												
	③ 労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から	日間	療養費用の別		<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 公費（																									
		令和	年	月	日まで		<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他（																											
	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	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
			○で囲んで	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
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	
④ 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						⑤ 記載内容について相違ありません。							令和	年	月	日																			
●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						所在地																													
●人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他（						医療機関名																													
						医師氏名																													
						電話番号							（		）																				

## 【療養担当者（主治医）の方へ】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- ③の**労務不能と認められた期間以降**にご記入ください。