

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

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 3 年 9 月 24 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 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 3 年 1 1 月 1 1 日
	氏名 (フリガナ)	ケン ポ タ ロウ 健保太郎		電話番号(日中の連絡先) ☎ 098 ( 765 ) 4321
	住所	〒 000-0000 △△ 県 △△ 市 △△ 町 △△ 番 △△ 号 △△		
被保険者申請内容	(1) 右足首骨折	2 発病	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	3 年 5 月 11 日
	申請期間と医師(療養担当者)が労務不能と認めた期間は、原則一致する必要があります			
	(3) 療養のため休んだ期間 (申請期間)	令和 3 年 8 月 1 日	~ 令和 3 年 8 月 31 日	まで 日数 31 日間

申請者の口座	コード番号 (金融機関コード)	9999	(店番コード)	999	預金種別	普通	口座番号 (右づめ)	0 1 2 3 4 5 6
	金融機関	〇〇 銀行 金庫 信組 其他( )	△△ 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 ケン ポ タ ロウ					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。	

※ 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。

健保記入欄

健保記入欄 被保険者は記入しないでください

## 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 3 年 8 月 1 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 checked="" 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>はい または</b>
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 checked="" type="checkbox"/> いいえ	A・Bで「はい」「請求中」の場合	年金コード	<b>請求中の</b>
			基礎年金番号	<b>場合は記入</b>
			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

**該当の場合は記入**

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

**該当の場合は記入**

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。

令和 3 年 9 月 24 日

被保険者氏名

**健 保 太 郎**

パナソニック健康保険組合

2 / 3 (2023.04)

## 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にご注意ください。

医師（療養担当者）が意見を記入するところ

## 医師（療養担当者）記入欄

被保険者は記入しないでください

医師（療養担当者）に記入依頼を行ってください

## 【療養担当者（主治医）の方へ】

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ **③の労務不能と認められた期間以降**にご記入ください。