

在職者継続申請用

傷病手当金（付加金） 健康保険 支給申請書 延長傷病手当金付加金

1 2 3 4

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	被保険者証の （右づめ）	記号	番号	生年月日		
	氏名	(フリガナ)			電話番号(日中の連絡先)	
	住所	〒				
被保険者（申請者）申請内容	1 傷病名		2 発病 または 負傷 年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <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	
	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		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 申請中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金	
	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		傷病名	基礎年金 番号		
	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		年金 コード	開始 年月	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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		

健保受付印

給付金支給明細をご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。

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			支給区分ごとの日数		108条の額	支給決定金額			
	No.	日額	支給期間	法定 2/3	付85 - 2/3			延長 25%	休職 日数	欠勤 日数
			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						
		法定満了	年 月 日							
		延長満了	年 月 日							

※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。

被保険者証の (右づめ)	記号	番号	被保険者氏名
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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】

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 日	休職 日	
月																																		
月																																		
月																																		
月																																		

給与区分 日給・時給者 月給者（正社員・準社員・契約社員） 完月者 その他（ ）

請求期間の勤怠 全休職 その他

賃金計算 締日 日 支払日 当月 翌月

上記の期間に対して会社報酬はありますか？

はい いいえ

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）

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 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】
令和 年 月 日 ~	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 円
令和 年 月 日 ~	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

【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、○月○日まで報酬100%支給等)

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く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

事業主証明欄

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	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																	
	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。

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ください。

<p>① 振込先の確認</p> <p>現在の状況について、お尋ねします。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 在職中（給付金の受領を事業主へ委任します）</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 任意継続被保険者として、パナソニック健保に加入中</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日退職</p> <p>「3」に該当する方のみ、 ②をご記入ください →</p>	<p>② 資格喪失者の口座</p>	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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (右づめ)																																						
		口座名義人	<p>▼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</p> <table border="1"> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
公金受取口座	<p>※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☑。</p> <p>(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)</p> <p><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。</p>																																										
<p>④ 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できる書類(戸籍謄本、住民票等)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。</p> <p>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。</p>																																											

【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	<input type="checkbox"/>
		「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？	<input type="checkbox"/>
		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？	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>
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）	<input type="checkbox"/>	
	「労務不能と認めた期間」以降の日付になっていますか？	<input type="checkbox"/>	
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？	<input type="checkbox"/>
		「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？	<input type="checkbox"/>
		「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？	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	