

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

初回申請用 健康保険 傷病手当金(付加金) 支給申請書 延長傷病手当金付加金 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【申請者】情報	被保険者等 (右づめ)	記号 [][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 [] 年 [] 月 [] 日 <input type="checkbox"/> 平成 [] 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	
	(1)	勤務中・通勤中・相手のある負傷ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 昭和 [] 年 [] 月 [] 日 <input type="checkbox"/> 平成 [] 年 [] 月 [] 日 <input type="checkbox"/> 令和 [] 年 [] 月 [] 日
	(2)	勤務中・通勤中・相手のある負傷ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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)	勤務中・通勤中・相手のある負傷ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<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 該当の疾病は 病気(疾病)ですか ケガ(負傷)ですか	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (発病時の状況)	健保受付印
	<input type="checkbox"/> 2. ケガ (ケガした状況:何をしている時、場所、相手の有無、原因等)	
4 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 [][] 日間	
5 仕事の内容	<input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 製造系 <input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 営業系 <input type="checkbox"/> その他()	

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。

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								

初回申請用

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ください。

1 今までに他健保の被保険者期間を含め、傷病手当金を受給したことがありますか？										<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ	
1-①「はい」と答えた方は、以下をご記入ください											
		1 回目				2 回目(ある場合)					
傷病名											
受給期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで					
加入していた 保険者名		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> 不明				<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> 不明					
当時の会社名											
2 パナソニック健康保険組合の加入期間は1年以上ですか？										<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ	
2-① 概ね過去3年間にパナソニック健康保険組合以外の被保険者期間がある場合、記入してください。											
直近の加入状況						直近より前の加入状況(ある場合)					
保険者名		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> 不明				保険者名		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会（ ）支部 <input type="checkbox"/> 不明			
記号		番号				記号		番号			
被保険者期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで				被保険者期間		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			
当時の会社名						当時の会社名					
3 「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.請求中 <input type="checkbox"/> 3.いいえ	
										<input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金	
3-①「はい」または②「請求中」と答えた場合、受給の要因となった(なる) 傷病名 および 基礎年金番号をご記入ください。「はい」と答えた場合、年金コード・支給開始年月日・年金額をご記入のうえ、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。											
傷病名		基礎年金番号		年金コード	支給開始年月日			年金額			
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和			円			
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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 「はい」または「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							

※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）																															
		(2)	(1) 昭和・平成・令和 年 月 日																															
		(3)	(2) 昭和・平成・令和 年 月 日																															
	③ 労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	療養費用の別																															
		令和 年 月 日まで	□ 健保 □ 公費() □ 自費 □ 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	□ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 転医																									
	診療実日数	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
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													所在地																					
昭和・平成・令和 年 月 日													医療機関名																					
●人工臓器等の種類													医師氏名																					
□人工肛門 □人工関節 □人工骨頭 □人工透析													電話番号 ()																					
□心臓ペースメーカー □その他()																																		

【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） 支給申請書

延長傷病手当金付加金

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。

① 振込先の確認 現在の状況について、お尋ねします。 <input type="checkbox"/> 1. 在職中（給付金の受領を事業主へ委任します） <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 <input type="checkbox"/> 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	② 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	<input type="text"/> (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 <input type="text"/> <input type="text"/>		
		公金受取口座	※利用する場合は下記に☑。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。		
㊤ 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。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	<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"/>
		今回の申請は、勤務中、通勤中、相手のある負傷等ではないですか？ 状況、原因等について労災担当、人事担当者へ報告をしていますか？ また、今回の申請期間で労災保険から休業補償給付を受けている期間のものではないですか？	<input type="checkbox"/>
被保険者確認	4 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"/>
事業主確認	3 ページ	今回の申請は、勤務中、通勤中、第三者行為でないことを確認されていますか？ また、今回の申請期間で労災保険から休業補償給付を受けている期間のものではないですか？	<input type="checkbox"/>
		「事業主が証明するところ」に記入漏れや、「労務に服さなかった期間」の勤怠の記入（添付）、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"/>
	5 ページ	「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"/>
	5 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"/>

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、下記の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、私にかかる資格および給付歴等の照会を行い、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、以前に私が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）私の在籍している（在籍していた）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。

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

年 月 日

住 所

氏 名

（旧姓： ）

この調査は健康保険法第59条（文書の提出等）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