

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
- 5

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。

記入日 令和 3 年 6 月 2 日

被保険者 【申請者】 情報	被保険者証の (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 【申請者】 申請内容	1 傷病名	(1) 右足首骨折		2 発病または負傷年月日 3 年 5 月 11 日	
		勤務中・通勤中・相手の ある負傷ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
		勤務中・通勤中・相手の	<input type="checkbox"/> はい		
		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 該当の疾病は 病気（疾病）ですか ケガ（負傷）ですか	<input checked="" 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) 趣味の登山中に転んで骨折			健保受付印
4 療養のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 3 年 5 月 11 日	～	令和 3 年 5 月 31 日	まで 21 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ください。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	健保記入欄 被保険者は記入しないでください
---------------	-----------------------

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？ 1.はい 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	胃潰瘍	
受給期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1年9月10日から <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1年12月18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 checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会（〇〇）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	●●●株式会社	

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？ 1.はい 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 checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会（〇〇）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
記号	1234	番号	567890	記号		番号	
被保険者期間	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 25年4月1日から <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年3月31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	●●●株式会社	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。 1.はい 2.請求中 3.いいえ

受給している場合、どちらを受給していますか。

障害または金2の場合は記入

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
			1 または 2 の場合は記入 年 月 日	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
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」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
「はい」または「請求中」の場合は記入 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。

事業主が証明するところ

事業主証明欄

被保険者は記入しないでください

事業主に証明依頼を行ってください

事業主証明欄

※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

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。

傷病手当金請求前チェックシート【申請者・事業主用】

初回申請時には必ずご記入の上、提出してください。

被保険者番号	1234567	氏名	健保太郎
--------	---------	----	------

下記の質問に該当する□にチェックを入れてください	はい	いいえ
① 過去に他健保で傷病手当金の受給をしたことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 過去にパナソニック健保で傷病手当金を受給したことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

① または ②が「はい」の場合、下記の質問に該当する□にチェックを入れてください	はい	いいえ
③ 今回の請求は前回の請求と同一傷病 ^{*1} もしくは 関連傷病ですか	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 前回の受給後または復職後に、同一傷病、関連傷病 ^{*1} で診察または投薬を受けたことがありますか（ただし、手術後の経過観察は除く）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ ④の期間中、診察または投薬を受けていない期間は1年6か月未満ですか	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

① または ②と③～⑤が「はい」に当てはまる方は傷病手当金の支給対象になりませんので、支給申請をご遠慮ください ^{*2}

*1 関連傷病とは直接的、医学的因果関係がある傷病であること
精神医学領域の診断は、その実態に明らかな断絶が認められていない限り、相互に相当因果関係のある一連の疾病であるとみなします

*2 健康保険法第99条第2項
傷病手当金の支給期間は、同一の疾病 または 負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から通算して1年6か月間

< 事業所ご担当者様へ >

上記の③～⑤の質問すべてに「はい」のチェックが入っている場合、**傷病手当金の支給対象となりません。**

ただし、支給日数が残っている（当健保に確認済み）など、事業主が『支給要件を満たしている』と判断された場合は、申請理由、状況等をご確認いただき申請書の事業主証明欄を証明してください。

事業主証明欄

被保険者は記入しないでください

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

令和 3 年 6 月 2 日

申請期間以降の日付であること

住所 △△ 県 △△ 市 △△ 町 △△ 番 △△ 号 △△

氏名 健保太郎

（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