

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

在職者継続申請用

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

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ください。

記入日 令和 3 年 7 月 8 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 3 年 1 月 1 0 2 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 △△			健保受付印
被保険者【申請者】申請内容	(1) 右足首骨折	2 発病	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input 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)		<input type="checkbox"/> 平成 <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 3 年 6 月 1 日	～ 令和 3 年 6 月 1 1 日	まで 日数 11 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"/> 1. 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 2. 申請中 <input type="checkbox"/> 2. 障害手当金 <input checked="" type="checkbox"/> 3. いいえ			
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 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	傷病名	1 または 2 の場合は記入			
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	該当の場合は記入		

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	

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

事業主記入用

※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。

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

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

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

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。

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。

<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>■ 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"/> <input type="text"/> <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"/> <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	※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 <input checked="" type="checkbox"/> 。 (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に登録した公金受取口座を利用します。		
<p>③ 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。</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 checked="" type="checkbox"/>
	1 ページ	「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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	

事業主確認欄

被保険者は記入しないでください