

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	<ul style="list-style-type: none"> ■ HR Planning部にて、請求期間にかかる出勤簿および賃金台帳の写し ■ 年金受給者の方は、支給年月日・支給額を証明する年金証書や通知書など、これに準ずる書類の写し

		受付担当

(健保組合使用欄)

前回	自	令和	年	月	日	標準報酬		千円
	至	令和	年	月	日	月額		

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

傷病手当金支給申請書 (第 回)

下記のとおり申請いたします。

(その1)

注意事項

※ ※ ※ ※
 事 傷 業 印
 業 病 務 刷
 主 が の は
 お 第 種 申
 よ 三 別 請
 び 者 は 書
 医 行 、「
 師 の 経
 の 証 理
 証 明 担
 を 完 当
 備 の 事
 の 務 員
 う 別 一
 え 途 「
 提 出 第
 し て 三
 く の 者
 だ 行 ー
 さ 為 ー
 い による
 。 具 傷
 体 病
 的 届
 配 信
 入 事
 の 提 出
 が 必 要
 だ さい
 。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等 記号・番号	5 9 -	被保険者 氏名	(フリガナ)			
	被保険者住所	〒					
	事業所名・所属部署	PayPayカード(株) ()			業務の種別		
	傷病名						
	発病の状態または 負傷の原因					第三者行為に よるものですか	はい・いいえ
	傷病の療養をする ために休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間					
	上の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けた とき または受けられるときはその報酬額および期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間			
		受けた報酬額		円			
		受けることができる報酬額		円			
	障害年金等について			任意継続被保険者・資格喪失者の方			
障害年金または障害手当金を 受給していますか	いいえ・請求中・はい		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	いいえ・請求中・はい			
障害年金または障害手当金の 受給原因となった傷病名			老齢または退職を事由とする 公的年金の制度名				
障害年金または 障害手当金の額(年額)	円		受給金額(年額)	円			
振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名		支店名		普通預金口座番号		
	銀行		本店 支店				

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			振 込 希 望 口 座	金 融 機 関 名	銀 行
	令和 年 月 日				支店名	本店 支店
	被保険者	住所			普通預金 口座番号	
		氏名			フリガナ	
	受取代理人	住所			フリガナ	
フリガナ			口座名義			
委任者と代理人との関係						

受付日付印

被保険者等 記号・番号	5 9 -	被保険者氏名	
----------------	-------	--------	--

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日までの分として	円
		一部支給の場合	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日までの分として	円	
支給しない場合				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				

療養を担当した医師が意見を書くところ	傷病名		発病または負傷の原因		
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	療養の給付を開始した年月日	令和 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から	日間	診療実日数	日間
		令和 年 月 日まで			
	傷病の主症状及び経過概要				
	上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	令和 年 月 日から	日間	入院費用の別	健保・公費 自費・その他
		令和 年 月 日まで			
上記のとおり相違ありません。					
令和 年 月 日					
住所					
名称					
医療機関 医師名					
電話番号					

備考	
----	--