

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	
	至	令和	年	月	日	月額	千円

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○回目)

下記のとおり申請いたします。

(その1)

注意事項

※※※※
 事業主が
 および
 医師の
 証明を
 完備の
 うえに
 「提出し
 てください
 。

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) ケンボ タロウ 健保 太郎						
	被保険者住所	〒 △ △ △ - □ □ □ □ 福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号								
	事業所名・所属部署	PayPayカード(株) (○○センター)		業務の種別	業務					
	傷病名	胃潰瘍								
	発病の状態または 負傷の原因	不詳			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 8月 1日 ~ 令和 ○○年 9月 10日まで					41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	1	2	3	4	5	6

※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	
	被保険者	住所			支店名	本店 支店	
		氏名					
	受取代理人	住所			普通預金 口座番号		
		フリガナ			フリガナ		
氏名			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	健保 太郎
----------------	-----------------------	--------	-------

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 令和 年 月 日まで	日間
	上記の期間中の 分として支払う 報酬額	全額支給の場合	令和 年 月 日から 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 令和 年 月 日までの分として 円
	支払わない場合		
	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		

事業主が記入します

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 令和 年 月 日まで	日間	診療実日数 日間
	傷病の主症状及び経過概要	医師が記入します		
	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 令和 年 月 日まで	日間	入院費用の別 健保・公費 自費・その他
	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			

医師が記入します

備考	
----	--