

申請書に必要事項を記入し、医師の証明を受けた後、
(株)パルGHD、(株)パルの方は大阪本社人事部へご提出ください。
(株)ナイスクラップ、(株)マグスタイルの方は東京本社管理部総務へご提出ください。

常務理事	事務長	担当者	担当者

- ・同意書（第1回目の方のみ）
- ・健康保険等の加入履歴・受給履歴状況回答書（第1回目の方のみ）
- ・傷病手当金 療養・日常生活状況報告書（資格喪失後の方・任意継続被保険者の方のみ）
- ・老齢厚生年金、障害年金等を受給中の場合：年金証書（写）又は年金額改定通知書（写）
- ・労災保険から休業補償給付を受給中の場合：休業補償給付支給決定通知書（写）

※その他必要に応じて当組合より追加で資料の提出を依頼する場合がございます。

第 回 目

被保険者証等の 記号番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇	生年月日	昭和 <u>平成</u>	年	月	日		
被保険者氏名	(フリガナ)	ケンボ タロウ 健保 太郎			郵便番号・住所・電話番号を記入してください ※住所はマンション名、部屋番号まで記入してください ※支給決定通知書の送付の際に使用します						
					被保険者住所						
傷病名	※医師から診断された傷病名を記入してください				発病又は負傷年月日	平成 <u>令和</u>	年	月	日	職種	〇〇
申請期間 (病気またはケガで休んだ期間)	〇 年 〇 月 〇 日 から 〇日間 〇 年 〇 月 〇 日 まで										
第三者行為によるものですか	1. いいいえ 2. はい	発病または負傷の原因	(いつ) 年 月 日 (どこで) 自宅	詳しい負傷原因等をご記入ください。 ① 私用中 2. 仕事中 3. 通勤途中 4. その他() ※発症に至る原因をできるだけ詳しく記入してください							
労災保険の休業補償給付を受けていますか	1. いいいえ 2. はい 3. 労災請求中	「はい」または「労災請求中」の場合、支給元（請求先）の労働基準監督署をご記入ください。 「あり」の場合は、その種類と対象となる傷病名や金額を証明できる書類を添付してください。 労働基準監督署									
各種年金・障害手当金受給の有無	1. なし 2. あり 3. 請求中	種別	1. 障害厚生年金 2. 障害手当金	基礎年金番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	受給金額	年額 〇〇〇,〇〇〇 円	受給対象の傷病名	※対象となる傷病名をご記入ください		
資格喪失後の方・任意継続被保険者の方のみ	老齢または退職を事由とする公的年金の受給の有無		1. なし 2. あり 3. 請求中	資格喪失後の方・任意継続被保険者の方のみ 記入してください			年額				
※「傷病手当金 療養・日常生活状況報告書」を添付してください。 資格喪失後の方・任意継続被保険者の方は『傷病手当金 療養・日常生活状況報告書』を添付してください											

私は、本請求に基づく給付金の受領に関することを に委任いたします。

年

11

被保險者氏名

※支払金融機関の名義が被保険者(申請者)と異なる際は、
「委任状」欄に署名が必要となります

☐	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。（被保険者口座のみ） （利用する場合はチェックを入れてください。利用しない場合は下記の欄を記入してください。） ※口座情報の反映には登録から数日を要します。	公金受取口座を登録していない場合はチェックしないでください												
☐	第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてください。 （チェックをした場合、下段の金融機関の記入は省略できます）													
振込先金融機関（※1）	被保険者名義※2の口座をご記入ください。その他の名義口座の場合には上段の、「委任状」欄に署名が必要となります。	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">銀 行</td> <td>本店</td> </tr> <tr> <td>〇〇〇</td> <td>金庫・信組 農協・漁協</td> <td>支店</td> </tr> <tr> <td>支店番号</td> <td>口座番号（右づめ）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>〇 〇 〇</td> <td>普通 ・ 当座</td> <td>〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇</td> </tr> </table>	銀 行		本店	〇〇〇	金庫・信組 農協・漁協	支店	支店番号	口座番号（右づめ）		〇 〇 〇	普通 ・ 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	銀 行		本店											
	〇〇〇	金庫・信組 農協・漁協	支店											
支店番号	口座番号（右づめ）													
〇 〇 〇	普通 ・ 当座	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇												
名 義 人（フリガナ） ケンボ タロウ 健保 太郎														

**公金受取口座を登録していない
場合はチェックしないでください**

2回目以降の申請の際に
使用する欄です

※1 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

※2 被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。

事業所が証明するところ	被保険者 氏名	
	報酬の 支給形態	
	労務に服 務した期 間	
	上記の期間	
	実 際の 報 酬 支 払 額	
	療養の 期間	
	上記	

※事業所が記入・証明する欄

電 話

<健康保険等の加入履歴・受給履歴状況回答書>

- ・ 太枠内を記入し、署名してください。
- ・ パルグループ健康保険組合加入以前の健康保険組合等に問い合わせを行います。
過去5年間について記入してください。
- ・ 続紙を使用しても記入欄が足りない場合は、続紙をコピーして使用してください。
- ・ 協会けんぽに所属していた場合、照会の関係上、勤務先社名（住所・電話番号）の記入が必須です。記入がなかった場合は、確認のため傷病手当金申請書記載の電話番号にご連絡いたします。
- ・ 記入漏れがありますと、審査に追加の時間を要し、支給決定や支払いが遅れます。
予めご了承ください。

以下相違ありません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被保険者署名 **健保 太郎**

☐ パルグループ健康保険組合加入5年以上経過済（資格取得日 年 月 日）

5年以上経過している方へのご質問は以上になります。

5年未満の方は、以下の該当箇所に必要な事項を記入してください。

前所属 健保組合名	1. () 健康保険組合 () 支	1～4のうちあてはまるものに○をつけて、()に記入してください ※1・2の場合は支部名を記入
	2. 全国健康保険協会（協会けんぽ） (例)東京	
	3. 国民健康保険 () 4. その他 ()	
種別/記号・番号	被保険者 ・被扶養者 / 記号 (××××) 番号 (○○)	
前勤務先社名	正式名称・住所・電話番号(代表可)を記入してください。	
所在地		
電話番号		
加入期間	令和2 年 ○ 月 ○ 日～ 令和4 年 ○ 月 ○ 日まで	
	上記期間中、傷病手当金を受給したことが ある ・ ない 「ある」と答えた方は以下もご回答ください。	
申請病名	医師から診断された傷病名を記入してください。	
受給期間	令和3 年 ○ 月 ○ 日～ 令和3 年 ○ 月 ○ 日まで	
医療機関	〇〇クリニック	

前所属 健保組合名	1. (××××) 健康保険組合 () 支部	1～4のうちあてはまるものに○をつけて、()に記入してください ※3の場合は市区町村名などを記入
	2. 全国健康保険協会（協会けんぽ） () 支	
	3. 国民健康保険 (例) 大阪市国民健康保険 4. その他 ()	
種別/記号・番号	被保険者 ・被扶養者 / 記号 (××××) 番号 (○○)	
前勤務先社名	自営業の会社名称や、アルバイトの勤務先等を記入。無職の場合は「無職」と記入してください。	
所在地		
電話番号		
加入期間	平成10 年 ○ 月 ○ 日～ 令和2 年 ○ 月 ○ 日まで	
	上記期間中、傷病手当金を受給したことが ある ・ ない	
申請病名	「国民健康保険の被保険者」または「ご家族の健康保険の被扶養者」の場合は、この項目は回答不要です。	
受給期間		
医療機関		