

【申請方法】

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

【必要書類】

- ・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。

傷病手当金支給申請書

										第 回 目						
(1/2)		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	平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
		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	〒 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									
		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	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	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()								
		労災保険の休業補償給付を受けていますか	1. 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。 ※発症に至る原因をできるだけ詳しく記入してください											
		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	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 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 年 月 日 に委任いたします。 被保険者氏名 健保 太郎 ※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。														
		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。													
		銀行 本店 〇〇 〇〇 金庫・信組 〇〇 農協・漁協 〇〇 支店 〇〇 支店番号 〇〇〇 普通 当座 口座番号(右づめ) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 名義人(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎														

※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。

患 者 氏 名	健 保 太 郎										様							
傷 病 名	(1) 傷病名										初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1)	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
	(2)											(2)		年		月		日
	(3)											(3)		年		月		日
発病または 負傷年月日	平 ・ 令		年		月		日	発病または 負傷の原因										
労務不能と認めた期間								年 月 日 から				〇〇日間	左の期間 中の診療 実 日 数	〇〇日間				
								年 月 日 まで										
上記期間中に入院した期間 がある場合はその期間																		
傷病の主状 態及び経過 概 要	労務不能と認めた期間における「主た																	
	症状からみて労務不能と認められた医																	
人工透析を実 施または人工 臓器を装着し た場合	(人工透析を実施または人工臓器を装着し																	
上記のとおり相違ないことを証明します																		
年 月 日																		
※担当医師が記入・証明する欄 できるだけ漏れがないよう、記入をお願いしてください																		
「証明日」は、労務不能と認めた期間以後の日付が有効となります																		
医 療 機 関 名																		
医 師 氏 名																		
電 話																		

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

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