

【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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の記号番号	記号	番号	生年月日			昭和 平成	年	月	日		
	被保険者氏名	(フリガナ)			被保険者住所		〒					
	傷病名				発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日	職種		
	申請期間 (病気またはケガで休んだ期間)	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間				
	第三者行為によるものですか	1. いいえ	発病または負傷の原因	(いつ)	年 月 日		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()					
		2. はい		(どこで)								
	労災保険の休業補償給付を受けていますか	1. いいえ	「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。									
		2. はい	労働基準監督署									
		3. 労災請求中										
	各種年金・障害手当金受給の有無	1. なし	種別	1. 障害厚生年金	基礎年金番号	受給金額	年額	受給対象の傷病名				
	2. あり	2. 障害手当金		円								
	3. 請求中											
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	基礎年金番号	受給金額	年額						
			2. あり				円					
			3. 請求中									
※「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。												

委 任 状	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 月 日											
被保険者氏名												

<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	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 金庫・信組 支店 農協・漁協
	支店番号 普通 当座 口座番号(右づめ)
	名義人(フリガナ)

年 月 日 提出

受付日付印

※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。

療養を担当した医師が意見を記入するところ	患者氏名	様										
	傷病名	(1)	初診日 (療養の給付開始年月日)		(1)		年	月	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			日間	左の期間中の診療実日数	日間					
	上記期間中に入院した期間がある場合はその期間	年 月 日 から			日間	入院の費用の別	健保費 公費 自費 その他	転帰	治中 繰 転	癒止 越 医		
	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「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等を詳しくご記入ください。										
		症状からみて労務不能と認められた医学的所見を詳しくご記入ください。										
	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た日) 年 月 日			(人工臓器等の種類) 1.人工透析 2.人工骨頭 3.人工肛門 4.心臓ペースメーカー 5.人工関節 6.その他()			今後の就労見込		1.可能(令和 年 月頃) 2.不明		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 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	1.月給制 2.日給月給制	締日	日	欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)							
		3.日給制 4.時間給制			・基本給は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき)							
	5.その他()	支払日	日	・諸手当は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき)								
				・その他()								
	労務に服さなかった期間	年 月 日から			日間	ただし(具体的な日付を記入してください)			左の期間中に報酬を支給しました(します)か		1.支給した(する) 2.支給しない	
	上記の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額について、報酬の締切ごとに記入してください。											
	欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額			基本給	家族手当	営業手当	通勤手当	役職手当	手当	手当	手当	円
	実際の報酬支払額	年 月 日から	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		年 月 日から	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	円
療養の継続及び出社の確認			1. 継続療養中 (証明日現在) 2. 出 社 (年 月 日から)									
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話												

傷病手当金等を申請される方へ

【記入上の注意事項】

下記の注意事項をご確認の上、申請してください。

1. 申請書の「被保険者(申請者)が記入するところ」の記入漏れがないようお願いいたします。
2. 原則、1ヵ月毎に申請してください。まとめて申請される場合は、申請書を1ヵ月毎に分けて提出してください。
3. 「傷病または負傷で療養するため休んだ期間(被保険者が記入するところ)」と医師の証明「労務不能と認められた期間」は、同じ期間の証明が必要です。なお、医師が証明する労務不能期間は、必ず事後に証明を受けてください。(将来に向かつての証明は、受付できません)
4. マイナポータル等で公金受取口座を登録されていない方は、公金受取口座をご利用できません。ご利用になる場合は、事前にご登録ください。
5. 被保険者以外の口座名義へお振込みをご希望される場合は、必ず委任状の欄にご記入ください。
6. 負傷原因が第三者によるものや、傷病の原因が外傷による場合は、組合より文書等で確認させていただくことがあります。予め「発病または負傷の原因」に出来るだけ詳しく、ご記入ください。
7. 既に傷病手当金を受給している場合で、その後に支給申請書の傷病名の変更や会社への休職願に添付する診断書の病名が変更になった際は、待期間等が変更になる可能性がありますのでご了承ください。
8. 業務上や通勤途中での病気やケガは労災保険の給付対象となりますので、労働基準監督署にご相談ください。

【障害年金・障害手当金・老齢年金等について】

1. 障害年金・障害手当金・老齢年金を受給している場合は、内容(受給の原因となった傷病名等・金額)を証明できる書類を添付してください。(受給資格者証(写)、直近の年金裁定通知書(写)等)
※年金等の額が傷病手当金の額より少ない場合は、その差額が支給されます。
2. 傷病手当金の受給中に、障害年金等の受給状況や金額変更があった場合は、速やかに当組合にご連絡ください。

【支給日について】

健康保険組合での受付日より支払日が異なります。(記入内容の不備確認を行う場合や、関係機関へ文書による照会を行う場合などは、すべての確認が取れた日を健保受付日とします)

支給決定後には、支払日や金額が記載された通知書を申請書記載の住所に送付いたします。通知書送付前の審査状況について、お電話でのお問合せには回答できませんので、通知書の到着をお待ちください。

健保受付日	支払日
1日 ~ 15日	当月 末日
16日 ~ 末日	翌月 15日

【申請に関するお問合せ】電話 06-6459-1685 / 受付時間 平日9:00~18:00

同 意 書

私は、傷病手当金支給申請にあたり、パルグループ健康保険組合が健康保険法に基づく支給決定の審査のため、関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

	令和	年	月	日
被保険者証等	記号	番号		
住所				
氏名				
生年月日	(和暦)	年	月	日

(続紙)

前所属 健保組合名	1. () 健康保険組合 () 支部 2. 全国健康保険協会 (協会けんぽ) () 支部 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 所在地 電話番号	〒 ()
加入期間	年 月 日～ 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 受給期間 医療機関	年 月 日～ 年 月 日まで

前所属 健保組合名	1. () 健康保険組合 () 支部 2. 全国健康保険協会 (協会けんぽ) () 支部 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 所在地 電話番号	〒 ()
加入期間	年 月 日～ 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 受給期間 医療機関	年 月 日～ 年 月 日まで

前所属 健保組合名	1. () 健康保険組合 () 支部 2. 全国健康保険協会 (協会けんぽ) () 支部 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 所在地 電話番号	〒 ()
加入期間	年 月 日～ 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 受給期間 医療機関	年 月 日～ 年 月 日まで