提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	■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	標準報酬月額	千円
	至	令和　年　月　日		

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
※印刷は、申請書（その1）（その2）を片面印刷でそれぞれに配信すること ※業務の種別は、「経理担当事務員」「プログラマー」など具体的に記入してください。 ※傷病が第三者行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です。 ※事業主および医師の証明を完備のうえ提出してください。

被保険者が記入する欄

被保険者証記号・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㈱（　　）	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。
令和　年　月　日

被保険者	住所	
	氏名	
受取代理人	住所	
	フリガナ	
	氏名	
委任者と代理人との関係		

振込希望口座

金融機関名	銀行
支店名	本店 支店
普通預金口座番号	
フリガナ	
口座名義	

受付日付印

(その2)

被保険者証 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 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関係	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	日間 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	日間 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					
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

医療機関

住所

名称

医師名

電話番号

備考