

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		千円
	至	令和	年	月	日	月額		

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

※※※※
 事傷業印
 業病務刷
 主がの
 お第種
 よ三別
 び者申
 医行書
 師為「
 のに経
 証理担
 明を場
 完合事
 備の務
 のう別
 え途「
 提出第
 して三
 者ラ
 してく
 ださい
 」。
 による
 具体的
 傷病的
 届に記
 入する
 こと
 の提出
 が必要
 です。

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) ケンポ 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	日間	
		令和	年	月	日まで		
		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 □□ 銀行		支店名 △△ 本店 支店	普通預金口座番号 1 2 3 4 5 6 7			

※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	銀 行
	令和 年 月 日				機 関 名	
	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

被保険者証 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	
----	--