

保険証等の 記号番号	記号	1	番	号	1.【全員】 (1) 傷病 ①傷病 ②既に する	(1)～(3)の設問は該当する回答へ☑、 記入事項がある場合は記入してください。 (1)～(4)の内容を理解し、同意する場合、 記入日と署名をしてください。
被保険者 (従業員)氏名	資格情報や資格確認書に記載されている 記号・番号を確認して記入してください				▼障害年金・障害手当金の受給 ☐ なし ☑ 受給中 ☐ 申請中 →受給中、申請中の場合 [傷病名] [脳梗塞]	
生年月日	昭和 / 平成	○	年	○	月	○
自宅住所	支給決定通知書の発送先となります				▼老齢年金等の受給 (60歳以上の方のみ) ☑ なし ☐ 受給中 ☐ 申請中	
電話番号	自宅・携帯 ()	—				
職 場 (所 属)	社内区分 ()	部		課 室		
傷病名	在籍している部署を記入してください				(2) 労災保険の休業給付等と同一疾病で労務不能の場合 ①傷病手当金の受給対象外であること ②傷病手当金を受給後に労災保険が認定された場合、 傷病手当金は全額を返納いただくこと ③給付終了(打ち切り)後も傷病手当金は支給されないこと	
発病原因	詳細を記入。特定ができない場合は 「不詳」と記入してください				▼労災保険に休業給付等を申請していますか。 ☑ いいえ ☐ はい → 健保へご連絡ください	
発病年月日					(3) 第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか。 ☑ いいえ ☐ はい → 健保へご連絡ください	
療養のため 休んだ期間 ※申請期間	療養のために休んだ期間は、今回申請する期間を記入。 ※土日祝日を含む暦日の日数を記入				(4) 傷病手当金の支給決定のため、当組合が必要とする事項を 署・医療機関)等に対し照会すること ①申請書の写しも有効とし、照会を受けた者 または関係機関等が当該照会に対し回答すること	
トヨタ健保加入(資格取得)から1年未満ですか。	☑ いいえ ☐ はい →「はい」の場合、「健康保険加入記録・保険給付記録等の調査 に対する同意書」(健保HPに掲載)を記入・添付ください				上記内容について、理解し同意します。必ず直筆で署名 ○○○○ 年 ○月 ○日 (自署) ○○ ○○○	
↓被保険者(従業員)口座で前回と変更がない場合は記入不要					2. 担当人事・部総括への提出日 年 月 日	
振込先	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	種別	☑ 普通 ☐ 当座	口座番号	○○○○○	
金融機関番号	店番号	口座名義(被保険者(従業員)名義) カタカナで記入 ○○○○○				
医 師 証 明 欄 (証明日以前を記入してください。訂正箇所には訂正印をお願いします。)						
傷病名	休み始めが年休で、その後、傷病欠勤に切り替えて休業した場合は、 年休の期間を含めた期間の証明が必要です。					
発病または 負傷年月日	平・令	年	月	日	診療開始日	平・令
労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日から	診療 実日数	日
傷病の主状況および経過概要				[転帰] 治癒・死亡・転医・中止・継続		
具体的な治療・指示内容、労務不能となった症状や 所見について詳細を医師が記入してください。 「前回と同様」など、労務不能と認めた期間の療養の 状況、経過がわからない記入は不可。				この欄の記入事項に相違ない事を証明します。 令和 年 月 日		
医療機関の所在地、医療機関名称は ゴム印が押印されていること				所在地 医療機関 名称 医師氏名		
A1:支給開始日				法定給付満了日		
B1:延長開始日				支給期間		
労務不能と認めた期間の終了日と同じ日または後の日付。 【例】 労務不能と認めた期間:4月1日から4月30日まで 医師の証明日:4月30日または5月1日以降の日付であること				訂正印は、こちらに押印した 印鑑と同じ印をお願いします。		

本人記入欄ではありません。

《お願い》

▼ 担当人事の方へ → 証明後、TPSC 国内給与部 社会保険窓口 宛に送付

	記 入 項 目					
	基本情報※1	休職・復職・退職の状況※2	カレンダー	担当人事印	報酬金額	社印
担当人事・部総括	○	○	○	○	—	—
TPSC社会保険窓口	—	—	—	—	○	○

□ すべてボールペンでご記入ください。 ※1従業員コード、従業員氏名、労務に服しなかった期間 ※2把握していれば記入

□ 医師証明欄「労務不能と認めた期間」について勤怠カレンダーをご記入ください。

※各職場人事作成のカレンダー添付も可

※上記期間最終日が月初かつ会社公休日の場合、次の稼働日までの勤怠をご記入ください。

※休職発令日以降のカレンダーの記入不要

□ 証明日・電話番号の記入、担当人事・部総括担当者印を押印ください。

※特別休暇を取得されている場合、
特休割合を別途カレンダーに記入ください。

▼ TPSCの担当者へ □報酬がない場合は0円とご記入ください。

▼ 申請者の方へ

記入方法	太枠内をすべてボールペンでご記入ください。
受給を受ける権利の時効	2年(時効起算日は労務不能であった日ごとにその翌日)
免責期間	初回申請の場合は3日間が免責期間(支給されない期間)※年休期間で免責を取ることも可能
医師の証明	医療機関で証明をお取りください。必須項目が記入された別紙添付も可(診断書では受理不可) 労務不能と認めた期間は年休で休んだ期間を含めた期間で証明をお取りください。
資格取得1年未満	トヨタ健保へ加入して1年未満で傷病手当金を申請される方は、初回の申請時のみ、トヨタ健保ホームページに掲載の「健康保険加入記録・保険給付記録等の調査に対する同意書」を記入し、添付してください。
本人以外の口座振込	トヨタ健保ホームページに掲載の「委任状」を記入し、添付してください。
書面内容の確認	担当医、事業主、年金事務所、又は他の関係する保険者等に対し、支給決定に必要な情報の開示及び照会を行う場合があります。予めご了承ください。
支給日	毎月5・15・25日(支給日が土日祝日の場合は、その前日。長期連休中の場合は、別に定める日) 支給日の10日前までの受付分を支給審査し、支給いたします。 ただし、申請期間中の報酬金額が確定していない、長期連休、書類不備や書面内容の確認が必要な場合 支給日が遅れます。予めご了承ください。
支給日・支給額の連絡	支給決定通知書にてご案内。 <u>※個人情報のため、お問い合わせには回答できかねます。</u>
事業主の証明	職場人事、TPSC国内給与部社会保険窓口にて記入

《申請書提出ルート》

従業員	:	本人	→	病院	→	本人	→	担当人事または 部総括	→	TPSC国内給与部 社会保険窓口	→	トヨタ健保
退職後継続給付	:	本人	→	病院	→	本人	→	トヨタ健保				