

傷病手当金（法定・付加）支給申請書

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

申請者記入欄 (自署欄はボールペンで手書き)	保険証等の 記号番号	記号	番号						氏名																															
				—																																				
	住所 (書類送付先)	〒																																						
	電話番号	() —																																						
	生年月日	□昭和/□平成 年 月 日																																						
	職場 (所属)	社内区分 (工場名等)	部	課	室	傷病名	発症日 年 月 日																																	
							療養のため 休んだ期間 (申請期間)																																	
							年 月 日から 年 月 日の 日間 ※年休・公休日を含む																																	
	振込先	□銀行 □信用金庫 □農協 □労働金庫						支店	種別 □普通 □当座	口座番号																														
		口座名義 ※被保険者以外の口座は、「委任状(健保HP掲載)」の提出も必要																																						
カタカナ																																								
【同意欄】下記内容を確認と同意の上、自署をお願いします																																								
(1)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、初回は「健康保険加入記録・保険給付記録の調査に対する同意書(健保HP掲載)」の提出も必要																														
(2)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																														
(3)傷病手当金と同一傷病で障害年金・老齢年金を受給の方 ①傷病手当金の支給額が調整されます ②既に傷病手当金が支給されている期間に上記年金を受給する場合、調整額を返納いただきます										障害年金 障害手当金					□受給なし □受給中 □申請中 受給・申請中の方[傷病名:]																									
(4)労災保険の休業給付等と同一傷病で労務不能の方 ①傷病手当金は受給対象外です ②傷病手当を受給後に労災保険が認定された場合、傷病手当金は全額返納いただきます ③打ち切り後も傷病手当金は支給されません										老齢年金等 ※60歳以上					□受給なし □受給中 □申請中																									
(5)支給決定のため、当組合が必要とする事項を ①関係機関(官公署・医療機関)等に対し照会すること ②また、本紙の写しも有効とし、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										労災保険					□労災保険の申請はしない □労災保険の申請中・申請予定 →健保へご連絡ください																									
(5)支給決定のため、当組合が必要とする事項を ①関係機関(官公署・医療機関)等に対し照会すること ②また、本紙の写しも有効とし、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										(1)～(5)について、理解し同意します 年 月 日(自署)																														
医療機関記入欄	【医師証明欄】 ※証明日までの内容をご記入ください ※訂正時には医師の訂正印が必要です																																							
	傷病名					発病または 負傷原因																																		
	発病または 負傷年月日					平・令 年 月 日					診療開始日					平・令 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					診療 実日数					[転帰] 日 治癒・死亡・転医・中止・継続																								
	傷病の主状況および経過概要(治療内容・検査結果等の詳細)										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 所在地 医療機関 名称 医師氏名 (印)																													
	通院指示					ヶ月 週間に1回/他[]																																		
健保記入欄	病類コード					支給期間										日数					回数					年金 報酬					不支給					残日数				
						不																																		
	A1					B1															B2																			

事業主証明欄

事業主担当
記入欄

従業員コード								休職発令日	令和	年	月	日	証明日		月	日											
従業員氏名								復職(予定日)	令和	年	月	日	担当者 電話番号	⑨													
労務に服し なかった期間	令和	年	月	日から				退職(予定日)	令和	年	月	日															
	令和	年	月	日まで																							
勤怠カレンダー (コピーや別紙添付も可)																											
・医師証明欄「労務不能と認めた期間」の勤怠を記入(休職発令日以降は記入不要) ・申請期間の末日が月初かつ公休日の場合、翌稼働日の勤怠まで記入																											
傷病…×	(月)							(月)							(月)												
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7						
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14						
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21						
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28						
	29	30	31					29	30	31					29	30	31										
期間中の報酬金額 (報酬が無い場合、各項目に「0」と記入)							月度							月度							月度						
家族手当							円							円							円						
通勤費補助							円							円							円						
家賃補助							円							円							円						
その他()							円							円							円						
その他()							円							円							円						
上記のとおり相違ないことを証明する。																	事業主所在地										
令和 年 月 日																	事業主名称										

■ 申請の流れ

申請書を記入

医療機関で証明を受ける

担当人事へ提出

審査

支給決定

- ・本紙(表)の太枠内を入力し、原本を提出(データ・コピー不可)
※自署欄はボールペンで記入
 - ・年休で休んだ期間も含めて証明を受ける
 - ・医師証明欄と同項目が記載された別紙添付も可(診断書は不可)
- ▽提出ルート
- 申請者

→

事業主
担当者

→

健保
- ※退職後継続給付の場合、健保へ直接提出
- ・支給日…毎月5・15・25日(土日祝日の場合は前日・長期連休時は別途設定)
 - ・支給日の10日前までに到着した申請書を審査いたします
(報酬額が確定していない場合や、書類不備・内容確認等の理由により、審査に時間がかかることがあります。予めご了承ください。)
 - ・支給日や支給金額を記載した「支給決定通知書」をご自宅へ発送
- ※個人情報保護のため、支給日・支給額・審査状況等のお問い合わせには回答できません

■ 注意事項

- ・初回申請時は、連続3日間の免責期間(支給対象外の待期期間)が必要です
※免責期間は、年休や公休日で取ることも可能
- ・時効は2年(時効起算日は労務不能であったその日ごとにその翌日)
- ・休業が長期にわたる場合は、1ヶ月ごとを目安にご申請ください

■ お問い合わせ先(傷病手当金の制度詳細は、健保ホームページでもご確認いただけます)

トヨタ自動車健康保険組合 医療保険室 給付グループ

〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6-2-2
☎(0565)28-0153 *平日8:30-12:30/13:30-17:30