記入例

要です。(診断書等では受理できません。)

太枠内の項目はすべて記入してください。未記入がある場合は支給が遅れます。

傷病手当金(法定・付加)支給申請書

保険証氏名の上部の記号・番号を確認して記入してください

| コート゛ |
|----------|
| |
| |

| | 保険証の | 記号 | | ', | 番 | | 号 | | ①トヨタ健保加入(資格取得)から1年未満ですか。 | | |
|--------------------------|--|--------------------------------------|-----------------|------------------|------------------|---|-------------------|---------|---|--|--|
| 申 | 記号番号 | 0 1 | | 0 | 0 | | 0 | 0 | ✓ NVŽ □ dv | | |
| | 被保険者 | | | | | | | | →「はい」 ①②③④⑤の設問は該当する回答へ☑、 に対す 記入事項がある場合は記入してください。 | | |
| 請 | (従業員) | 00 000 | | | | | | | (三) に対す に入事場がのる場合は記入してください。 (②障害年金・障害手当金の受給 | | |
| 未るの | 氏名 | □ 昭和 | | | | | | | | | |
| 記方 | 生年月日 | □ 平成 | 00 | 年 | 00 | 月 | 00 |)目 | | | |
| 欄は | | ₹ | | | | | | | → →受給中、申請中の場合 | | |
| が 太 を を | 自宅住所 | 支給決定 | 決定通知書の発送先となります | | | | | | | | |
| あ 枠 る 内 | | ii | | | | | | | [添付書類]・年金証書又は裁定通知書、年金改定通知書(写) ・障害者手帳(写)(お持ちの場合) | | |
| 場を | 電話番号 | 自宅電話 | (00 | 000 |) (|) - | - 00 | 000 | | | |
| 合すべ | | 携帯電話 | (00 |) <u>(</u>) | 0000 | O — | - 00 | 00 | ☑ なし □ 受給中 □ 申請中 | | |
| 支一 | | 左签 | アハン | 乙立四 | 2.童纤 | 来旦え | | 部 | | | |
| だ 記 | 職場 | | 仕籍している部者・电話番号をG | | | | | | | | |
| 遅入 | | | | | | £ | Í | 係組 | | | |
| れて | | 電話(| |) | | | | 小口 | □ いいえ □ はい | | |
| こく | 傷病名 | ΟΟΩ | |) | | | | | ⑤第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか。 | | |
| とだ | | | | | .特定が | ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ | | :1± | ✓ いいえ □ はい* | | |
| がさい | 発病原因 | | | | , 入してくt | | | 10. | ※④、⑤が「はい」の場合、健保組合までご連絡ください | | |
| 9 0 | 発病年月日 | ———————————————————————————————————— | | | | | | i 目 | - ⑥担当人事・部総括への提出日 | | |
| ます。 | 」被保険者(従 | 業員) 口座で | 前回と | 変更か | がない場合 | さは記り | │ | | | | |
| 0 | | | 銀行 | | | , , | 普通 口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 | | | | |
| | 振 000 | | 信用金農協 | 定庫 | 00 | 00 | 別 | | 当座 口座名義(被保険者(従業員)名義 | | |
| | 込 | | 労働金 | 定庫 | | 支 | 店 力 | タカー | 义如伊隆老以及の口应担况 t.圣胡士 z 担合け | | |
| | 先 金融機関番号 店番号 本経機関番号 本語号 本経状(健保HPに掲載)を記入・添作 | | | | | | | | | | |
| | | 0 0 | \bigcirc | 0 | 0 (| $\supset \mid \subset$ | | 0 | 0 0 0 0 | | |
| 必 | | 医師 | 証 | 明 | 欄ょ | 正明日. | 以前を記 | !入し` | てください。訂正箇所には医師の訂正印をお願いします。) | | |
| ず | 海岸点 | | | | | | | | 発病または | | |
| 医師 | 傷病名 | _ 休み始 | めが | 年休 | で、その | の後、 | 傷病欠 | 動に | こ切り替えて休業した場合は、 | | |
| の | 発病または負傷年月日 | | | | めた期 | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | |
| 証 | 労務不能と | 令和 | | 年 | 月 | <u></u> | 日か | <u></u> | | | |
| 明が | 認めた期間 | 令和 | | 年 | 月 | | 日ま | | 診療 | | |
| 必要 | 傷病の主物 | ' ' | ド経 温 | _ ' | | l | μь | | この欄の記入事項に相違ない事を証明します。 | | |
| 要して | | 容、検査結果 | | | • | | | | → 令和 年 月 日 | | |
| す。 | 具体的な | 治療・指示 | 内容. | | 不能と | なった | 症状や | ! | 所在地 | | |
| (診 | 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。 | | | | | | | | 訂正印は、こちらに押印した | | |
| 断 | | 同様」など、 | | | | _ | - | | 医療機関 | | |
| 書等 | | 過がわから | | | | | | | 名 称 | | |
| では受 | L | | | | | | | ! | 医師氏名 | | |
| | | | | | | | | | | | |

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

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

| | 事業主の証明 | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 本人記入欄ではありません。 | | | | | | | | | | | | | |
| | 活担当者への注意事項》 →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・ 担当人事印 報酬金額 社印 | | | | | | | | | | | | |
| 担当人事・部線 | | | | | | | | | | | | | |
| TPSC社会保険: | <u>窓口 </u> | | | | | | | | | | | | |
| | 多不能と認めた期間」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 | | | | | | | | | | | | |
| □証明日・電話番号 | 号の記入、担当人事・部総括担当者印を押印ください。 | | | | | | | | | | | | |
| | への注意事項》 □報酬がない場合は0円とご記入ください。 | | | | | | | | | | | | |
| 《申請者への注意 | | | | | | | | | | | | | |
| 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とりください。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とりください。 | | | | | | | | | | | | |
| 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、健保HP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 | 健保HP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。 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 | 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 | | | | | | | | | | | | |
| | でにし、甲請期間中の報酬金額が確定していない、長期連体、青頬不備や青面内谷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。 ※個人情報のため、電話での照会はお断りしております。 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 従業員 | : 本人 → 病院 → 本人 → ^{担当人事または} → 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 | | | | | | | | | | | | |
| ■お問い合わせ先■ | 〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6-22トヨタ自動車健康保険組合 給付グループ | | | | | | | | | | | | |