

傷病手当金（法定・付加）支給申請書

コード

トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります。

申請者の方は太枠内をすべて記入してください。

保険証の 記号番号	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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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
被保険者 (従業員) 氏名			②障害年金・障害手当金の受給 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 →受給中、申請中の場合 [傷病名] [] [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)
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
自宅住所	〒		
電話番号	自宅電話 ()	—	③老齢年金・退職年金の受給(60歳以上の方のみ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中
職場	部		※④、⑤が「はい」の場合、トヨタ健保までご連絡ください
	課室	G係組	④ 労災による傷病ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい* →「はい」の場合 労災保険に休業補償給付を申請していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
傷病名	電話 ()	—	⑤ 第三者行為(交通事故・ケンカ等)による傷病ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*
発病原因			⑥ 担当人事・部総括への提出日 令和 年 月 日
発病年月日	年 月 日		

↓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

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行	支店	種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座番号	
	<input type="checkbox"/> 信用金庫			<input type="checkbox"/> 当座		
	<input type="checkbox"/> 農協			口座名義 (被保険者(従業員)名義)		
	<input type="checkbox"/> 労働金庫					
	金融機関番号	店番号	カタカナで記入 ※被保険者以外の口座振込を希望する場合は、 委任状(健保HPに掲載)を記入・添付ください			

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			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 認められた期間	令和	年 月 日から	診療 実日数	日	[転帰] 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、検査結果等を詳しく記入)			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)		

医療機関の方は右記枠内をすべて記入してください。

病類コード		支給期間		日数		控除額		回数
		不						
A1:支給開始日	法定給付満了日	B1:延長開始日	B1:延長終了日	B2:延長開始日	支給満了日	不支給日数計		

事業主の証明

従業員コード※1								休職発令日	令和	年	月	日	
従業員氏名※1								休・復職 の状況	復職・復職予定日	令和	年	月	日
労務に服し なかった期間※1	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	退職・退職予定日※2	令和	年	月	日

◇カレンダーの記入（傷病× 出勤○ 年休△ 公休日□）※カレンダーが足りない場合は、コピー等を添付下さい。

（月）							（月）							（月）							担当者	
																					証明日：	
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	月	日
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	電 話：	
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					⑩	

◇期間中の報酬金額		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

《お願い》

▼ 担当人事の方へ

		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
TMC	担当人事・部総括	○	○	○	○	—	—
	TPSC	—	—	—	—	○	○
	TMC以外の事業所	○	○	○	○	○	○

- 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。※会社作成のカレンダー添付も可
- 証明日・電話番号の記入、担当者印を押印ください。
- 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。 ※個人情報のため、お問い合わせには回答できかねます。
事業主の証明	会社人事にて記入

《申請書提出ルート》

従業員 : 本人 → 病院 → 本人 → 事業主担当者 → 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
電話：(0565) 28-0153 内線：(811) 6-0561 2024年6月改訂