

コ-ト

申請者の方は**太枠内**をすべて記入してください。

1. 【全員】下記内容の確認と同意の上、自署をお願いします

(1) 傷病手当金と同一疾病での障害年金や老齢年金を受給の場合
☐ ①傷病手当金の支給額が調整されること
☐ 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くこと

▼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] []

▼老齢年金等の受給（60歳以上の方のみ）

☐ なし ☐ 受給中 ☐ 申請中

(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

▼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

(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

(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
☐ 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、この支給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

上記内容について、理解し同意します。

年 月 日 (自署)

医療機関の方は右記枠内を
すべて記入してください。

2. 担当人事・部総括への提出日									
年 月 日									
普通 当座	口座番号								
口座名義（被保険者（従業員）名義									
で記入									

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

※休職発令日以降のカレンダー記入は不要

従業員コード※1								休・復職 の状況	休職発令日	令和	年	月	日
従業員氏名※1									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)							担当人事・部総括担当者 証明日： 月 日 電 話： (印)		
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	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(持株会補助)	円	円	円
その他(WEL加算)	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 →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。
年金を受給の場合	年金証書又は裁定通知書、年金改定通知書の写し、障害者手帳の写し(お持ちの場合)を添付
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	職場人事、TPSC国内給与部社会保険窓口にて記入

