2026年10月改定

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（太枠内をボールペンで記入）

※未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります

保険証等の記号番号	記号 ／ 番号 ○○○○○○○○	氏名	健保　太郎
住所（書類送付先）	〒000-0000 ××県××市　○○-○　××マンション○○号室		
電話番号	（○○○）○○○○-○○○○	傷病名	××× 病
生年月日	昭和 / 平成　○年　○月　○日	発症日	○年　○月　○日
職場（所属）	社内区分（工場名等）：×× ／ ××× 部　××× 課室	療養のため休んだ期間（申請期間）	○年　○月　○日の　○日間（※年休・公休日を含む）
振込先（※前回申請時と同様の場合は記入不要）	××　□銀行 □信用金庫 □農協 □労働金庫　××　支店　金融機関番号 ○○○○　店番号 ○○○	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：ケンポ　タロウ

【 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：脳梗塞]
	老齢年金等 ※60歳以上	☑受給なし　□受給中　□申請中
(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	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[illegible]した者、[illegible]すること	(1)～(5)について、理解し同意します ○年○月○日(自署)：健保 太郎	

同じ項目が記載された別紙添付も可
※診断書は不可

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	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		

休み始めが年休の場合は、年休を含めた期間の証明が必要

証明日は、労務不能と認めた期間の終了日以降の日付でご記入ください。
【例】労務不能：4/1～4/30　→　証明日：4/30以降

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）

労務不能と認めた期間の治療内容、症状、検査結果、療養指示等を具体的にご記入ください。
※療養状況や労務不能の根拠が確認できない場合は、内容確認のため照会させていただくことがあります。

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

ゴム印を押印ください

訂正印は同じ印鑑をご使用ください

通院指示　ヶ月・週間　に1回 /他[　]

医師氏名　㊞

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			喪失日		
A1	B1			B2		

【事業主証明欄】

事業主担当者 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	㊞		
労務に服しなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで							退職(予定日)	令和　年　月　日				

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 … ×
出　勤 … ○
年　休 … △
公休日 … □
特　休 … ▼
（特休割合も記入）

（　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				

裏面に申請者記入欄はありません

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(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

■ 申請の流れ

申請書を記入
・本紙(表)の太枠内をボールペンで記入し、原本を提出（データ・コピー不可）
・未記入欄がある場合、支給が遅れることがあります

医療機関で証明を受ける
・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）

担当人事へ提出
▽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

審　査
・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。）

支給決定
・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６-２２
☎(0565)28-0153　＊平日8:30-12:30/13:30-17:30