

支給金額	金 円也 (計算明細裏面)
------	------------------

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

傷病手当金請求書 (第 回)

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

年 月 日請求

次の通り請求します。

また、支給決定に関する調査のため医療機関等の関係機関に照会することに同意します。

本人が記入するところ	被保険者証の記号と番号		※	※個人番号の記載可			
	被保険者の氏名	印	生年月日	年	月	日	
	被保険者の住所	〒 TEL ( ) -					
	事業所の名称		業務の種類				
	資格を取得した年月日	年	月	日			
	傷病名		発病又は負傷年月日	年	月	日	
	発病又は負傷原因				第三者行為によるものですか いいえ ・ はい		
	労務に服することができなかった期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間	
	※年金等受給の有無	受給中 ・ 受給していない ・ 手続中					
	障害年金又は退職後の老齢年金等を受給中の時	年金の種類	年金受給額	受給開始年月日	基礎年金番号	年金コード	支給事由傷病名
		障害厚生年金	円	年 月 日			
		障害基礎年金	円	年 月 日			
		障害手当金	円	年 月 日			
老齢厚生年金		円	年 月 日				
老齢基礎年金		円	年 月 日				
( )	円	年 月 日					
合計	円						
委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 印		受任者(事業所が記入) 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 印				

・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙(別紙)を添付してください。

◆退職者で継続受給される方は

医療機関の領収書の写し(請求期間内の通院時、又は労務不能の証明を受けた時のもの)を請求書に添付してください。

◆障害年金、退職後の老齢年金等を受給される方は

①受給中の年金の年金証書又はこれに準ずる書類の写し

② " 受給額、その支給開始年月を証明する書類

③ " 直近の額を証明する書類

①②③のいずれかを請求書に添付してください。

障害年金、退職後の老齢年金等の受給額が、傷病手当金の額より下回る場合は、その差額のみを傷病手当金として支給します。

( 傷病手当金と障害年金、退職後の老齢年金等の重複期間は、それぞれ該当する年金の受給額を返納していただきます。 )

被保険者氏名：

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間		就労状況 (欠勤-× 出勤-○ 早退-◎ 有給-△ 公休-公 と該当日に表示してください。)																															
	年 月 日		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	～		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月 日		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	1ヵ月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください)			基本給や諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入)																														
				月 日 ～ 月 日							月 日 ～ 月 日							月 日 ～ 月 日																
	基本給 月額・日額・時間給 円			( 日分)							( 日分)							( 日分)																
	住宅手当 有・無 (1ヵ月 円)			( 日分) 円							( 日分) 円							( 日分) 円																
	通勤手当 有・無 (1ヵ月 円)			( 日分) 円							( 日分) 円							( 日分) 円																
	家族手当 有・無 (1ヵ月 円)			( 日分) 円							( 日分) 円							( 日分) 円																
	手当 (1ヵ月 円)			( 日分) 円							( 日分) 円							( 日分) 円																
	手当 (1ヵ月 円)			( 日分) 円							( 日分) 円							( 日分) 円																
	給料の種類		月給・日給・日給月給 時間給・その他 ( )		欠勤控除の有無及び欠勤控除の方法	欠勤控除の有無		欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください																										
給料締切日		日締		基本給		有・無																												
給料支払日		日払		通勤手当		有・無																												
				その他の手当		有・無																												
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 (記載者氏名 ) 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 印																																		
保険医が意見を記入する欄	傷病名				発病又は負傷原因																													
	発病又は負傷の年月日			年 月 日			療養の給付を開始した年月日			年 月 日																								
	労務不能と認められた期間		年 月 日 から			日間		診療実日数		日間																								
	入院期間		年 月 日 から			年 月 日 まで		日間																										
	傷病の主症状及び経過概要																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 TEL ( ) - 医療機関所在地 名称 医師の氏名 印																																		

傷病手当金計算明細

支給期間等											
認定期間	自 月 日 日 至 月 日 日	標準報酬月額	千円								
待 期	自 月 日 日 至 月 日 日	支給率及び 同日 額	円		円						
不支給期間	自 月 日 日 至 月 日 日	(A-B) 支給金額	円		円						
支給期間	自 月 日 日 至 月 日 日	(A) 支給認定額	円								
		(B) 控 除 額	円		(総支給金額) 円						