

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1回) ← 回数を記入してください。

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

平成30年 7月18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	591	100			
	被保険者の氏名	健保 太郎	印	※	生年月日	昭和 平成 43年5月10日
	被保険者の住所	〒450-0001 名古屋市東区泉一丁目23-36 Tel (052) 952-2671				
	事業所の名称	トヨタ〇〇株式会社	業務の別	事務職		
	資格を取得した年月日	昭和 平成 1年 4月 1日				
	傷病名	脛骨骨折・坐骨骨折	発病又は負傷年月日	平成30年 4月16日		
	発病又は負傷原因	自宅の階段から落ちた	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	平成30年 4月16日 から 平成30年 6月30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
障害厚生年金		円	平成 年 月 日			
障害基礎年金		円	平成 年 月 日			
障害手当金		円	平成 年 月 日			
老齢厚生年金		円	平成 年 月 日			
老齢基礎年金		円	平成 年 月 日			
( )	円	平成 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。		受任者(事業所が記入) 事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22 名称 トヨタ〇〇株式会社 事業主の氏 〇〇〇〇 印			
	平成 30年 7月 18日 被保険者氏名 健保 太郎 印					

被保険者ご本人様のお名前をご記入、捺印してください。

労災・通災・第三者行為によるものかどうか確認できるよう、具体的に、詳しく記入してください。  
 ( 労災・通災・第三者行為は、通常その保険で給付を受けるため健康保険組から給付を受けません。確認してから送付してください。 )

いずれかに必ず〇を付けてください。

障害年金・老齢年金等を受給中の方は必ずご記入ください。

代表者印(事業主届出印)をお願いします。

- ・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。 )

