

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

どちらかチェックしてください。

傷病手当金
 延長傷病手当金付加金 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 28 年 5 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28年2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28年2月16日から 平成28年4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			
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)			
	平成 28 年 5 月 18 日 被保険者氏名 健保 太郎 印	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				

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。

◆障害年金、退職後の老齢年金等を受給されている場合
障害年金、退職後の老齢年金等の受給額が、傷病手当金及び延長傷病手当金付加金の額より下回る場合は、その差額のみを傷病手当金及び延長傷病手当金付加金として支給します。
(傷病手当金及び延長傷病手当金付加金と障害年金、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。)

◆障害年金、退職後の老齢年金等を受給中の方は、
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
のいずれかを請求書に添付してください。

被保険者氏名：健保 太郎

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。)			
	平成28年 2月16日 ~ 平成28年 4月30日	2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		
		3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		
		4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		
事業主が証明する欄	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)		
			2月 1日 ~ 2月29日 (29日分)	3月 1日 ~ 3月31日 (31日分)	
			4月 1日 ~ 4月30日 (10日分)		
	基本給	月額・日額・時間給 265,000円	265,000円	138,809円	
	住宅手当	有(無) (1ヵ月) 円	(日分) 円	(日分) 円	
	通勤手当	有(無) (1ヵ月) 10,000円	(29日分) 10,000円	(30日分) 10,000円	
	家族手当	有(無) (1ヵ月) 円	(日分) 円	(日分) 円	
事業主が証明する欄	残業手当	(1ヵ月) 円	(9日分) 27,000円	(日分) 円	
	手当	(1ヵ月) 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	末日締	通勤手当	有・無 給料が支給されている月まで一定額		
給料支払日	25日払	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。 平成28年 5月18日				忘れずに記入して下さい。	
(記載者氏名 ○○ ○○)		事業所の所在地 名称 事業主の氏名	名古屋市東区泉一丁目23-36 トヨタ○○株式会社 ○○ ○○	印	
保険医が意見を記入する欄	傷病名	脛骨骨折・坐骨骨折		発病又は負傷原因	階段で足を滑らせた
	発病又は負傷の年月日	平成28年 2月16日		療養の給付を開始した年月日	平成28年 2月16日
	労務不能と認められた期間	平成28年 2月16日 から 平成28年 4月30日 まで		75日間	診療実日数 41日間
	入院期間	平成28年 2月16日 から 平成28年 3月15日 まで 29日間			
	傷病の主症状及び経過概要	平成28年2月16日より入院、ギブスにより固定。 平成28年3月15日退院、以後、通院・自宅にて療養を必要とする。			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成28年 5月13日				医療機関所在地 名称 医師の氏名	
Tel (052) 961-9393		名古屋市中区五の丸一の三の五 名古屋病院 医学 進		医印	

傷病手当金 延長傷病手当金付加金 計算明細

第1回目は、傷病欠勤を始めた日から (有給の期間も含めて) 記入してください。

給料の締切単位に全ての報酬について記入してください。
(休業立替金を支給する場合必ず記入してください。)

必ず記入してください。

捺印もれのないようご注意ください。

詳しく、全項目について記入していただいでください。

捺印もれのないようご注意ください。

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