

支給金額	金	円也
------	---	----

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	記号と番号 ※個人番号の記載可		資格取得日	年 月 日	
	被保険者の氏名		生年月日	年 月 日	
	事業所名称		業務の別		
	被保険者の住所	〒 _____ TEL ( ) - _____			
	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(交通事故・ケンカ等)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			
	障害年金 または 障害手当金の状況	受給請求状況	1. 受給中 (開始日 年 月 日) 2. 受給していない ・ 3. 手続中		
		年金種別	1. 障害厚生年金 ・ 2. 障害手当金		
	老齢年金または退職を事由とする公的年金の状況 (※健康保険の資格を喪失された方はご記入ください)	受給請求状況	1. 受給中 (開始日 年 月 日) 2. 受給していない ・ 3. 手続中		
年金額		円	支給事由 傷病名		
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		受任者(事業所が記入) 事業所の所在地 名称 事業主の氏名		

・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。 ]

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 ～ 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	
		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		( 日分) 円										( 日分) 円										( 日分) 円											
	住宅手当 有・無 (1ヵ月)		( 日分) 円										( 日分) 円										( 日分) 円											
	通勤手当 有・無 (1ヵ月)		( 日分) 円										( 日分) 円										( 日分) 円											
	家族手当 有・無 (1ヵ月)		( 日分) 円										( 日分) 円										( 日分) 円											
手当 (1ヵ月)		( 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																														
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																																

療養を担当した医師が意見を記入する欄	<b>【※労務不能と認めた場合のみ下記の項目を記入して下さい】</b>																																
	患者氏名																																
	傷病名	※労務不能と認めた病名を記入して下さい		発病又は負傷の原因										発病又は負傷の年月日										年 月 日									
				療養の給付開始年月日 (初診日)										年 月 日																			
	労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間										左の期間の診療実日数										日間											
		(うち入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間)																															
	■今回の労務不能期間中の「主たる症状及び経過」 (※できるだけ詳しくご記入ください)																																
	■今回の労務不能期間中の「治療内容・検査結果・療養指導」等 (※できるだけ詳しくご記入ください)																																
	■症状経過からみて今回の期間に労務不能と認められた医学的な所見 (具体的にご記載ください)																																
	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																														

認定期間	自 月 日 至 月 日	日	標準報酬月額	千円
待 期	自 月 日 至 月 日	日	標準報酬日額の3分の2額	円
不支給期間	自 月 日 至 月 日	日	(A) 支給認定額	円
支給期間	自 月 日 至 月 日	日	(B) 控除額	円
			(A - B) 支給金額	円