

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 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

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 <small>※個人番号の記載可</small>	591	100	資格取得日	平成1年4月1日
	被保険者の氏名	健保 太郎		生年月日	昭和43年5月10日
	事業所名称	トヨタ〇〇株式会社		業務の別	事務職
	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			
	傷病名	脛骨骨折・坐骨骨折	発病又は負傷年月日	令和5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(交通事故・ケンカ等)によるものですか いいえ . はい	
本人 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服することができなかった期間	令和5年4月16日から 令和5年6月30日まで 74 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 H30年6月1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		
		年金額	円	支給事由 傷病名	
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			
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			
	令和5年7月20日 被保険者氏名 健保 太郎	名称 トヨタ〇〇株式会社 事業主の氏名 〇〇〇〇			

被保険者ご本人様のお名前をご記入してください。

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。 〕

障害年金・老齢年金を受給中の方は必ずご記入ください。

記入漏れがないよう確認をお願いします。受任者は代表者名をご記入ください。

・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。)																															
	令和5年 4月 16日	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
	令和5年 6月 30日	5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)																															
		4月 1日 ~ 4月30日	5月 1日 ~ 5月31日				6月 1日 ~ 6月30日																										
基本給 (月額) 日額・時間給		265,000円				265,000円				265,000円				138,809円																			
住宅手当 (有) (無) (1ヵ月) 円		() 円				() 円				() 円				() 円																			
通勤手当 (有) (無) (1ヵ月) 円		10,000円				10,000円				10,000円				10,000円																			
家族手当 (有) (無) (1ヵ月) 円		() 円				() 円				() 円				() 円																			
手当 (1ヵ月) 円		() 円				() 円				() 円				() 円																			
欄	給料の種類	日給・日給月給	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	日給	基本給 (有)・無		265,000円 - (265,000円 × $\frac{10}{21}$ 日)																												
	給料支払日	日給	通勤手当 (有)・無		給料が支給されている月まで一定額																												
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和5年 7月18日		事業所の所在地		名古屋市東区泉一丁目23-36																											
(記載者氏名 ○○ ○○)		事業主の氏名		トヨタ○○株式会社		○○ ○○																											

傷病欠勤を開始した日の1ヶ月分は全て記入してください (出勤・有給期間も含めて)

← 5月全有給

給与の締切単位で全ての報酬について記入してください。 (休業補償の立替金を支給している場合も必ず記入してください。控除方法も必ず記入してください。)

会社のゴム印を押印してください。

療養を担当した医師が意見を記入する欄	【※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】				
	患者氏名	健保 太郎	発病又は負傷の原因	階段で足を滑らせた	
	傷病名	※労務不能と認めた病名を記入して下さい		発病又は負傷の年月日	令和5年 4月16日
		脛骨骨折・坐骨骨折		療養の給付開始年月日 (初診日)	令和5年 4月16日
	労務不能と認めた期間	令和5年 4月 16日 から 令和5年 6月 30日 まで 74 日間 (うち入院期間 令和5年 4月 16日 から 令和5年 5月 15日 まで 30日間)		左の期間の診療実日数	41 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。		医療機関所在地			
年 月 日		名称			
Tel () -		医師の氏名			

全項目を詳細に記入していただいでください。

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