

★2枚に分けて印刷してください

健保処理欄	支給金額	法定	百	十	万	千	百	十	円	支払年月日	常務理事	事務長	GL	係
		付加								標準日額				
										(/) 円				
	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								日間	標報月額 (-) 千円 × ヶ月	資格	取得	年 月 日
												喪失		年 月 日
												法定	開始	年 月 日
	請求に対する不支給期間とその理由	年 月 日 から 年 月 日 まで								日間	・待期間(3日間)		終了	年 月 日
												延長	開始	年 月 日
													終了	年 月 日
	報酬との調整	法108条	減額							円			前回終了	年 月 日

トヨタ関連部品健康保険組合 御中

傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (第 回)

延長傷病手当付加金 請求書 (第 回)

AAA

① 被保険者が記入する欄 (記入漏れは受付しません)	健康保険証		事業所名称	現在の状況		
	記号	番号		<input type="checkbox"/> 在籍(休職)中 <input type="checkbox"/> 退職後任意継続加入 <input type="checkbox"/> 退職 <small>※請求期間内に受診した際の領収書(写)を添付</small>		
			業務内容	具体的に記入		
	被保険者(請求者)氏名	フリガナ	生年月日	日中連絡の取れる電話番号		
			昭和 年 月 日 平成			
	住所	郵便番号				
	発症または負傷の原因	いつ	平・令 年 月 日	曜日	午前・午後	時頃
	※傷病によっては記入がないと支給されません	どこで	自宅・職場・通勤途中	交通事故・ケンカによるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		何をしていますか				
	病気やけがのため仕事を休んだ期間(有給含む請求期間)	年 月 日 から	年 月 日 まで	日数	日間	
上記期間における療養の状況(詳しく)	病状やどのように過ごしていたかを具体的に(通院・治療内容など)					
	医師からの指示内容					
障害年金等を受給していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> いいえ	対象となる傷病名	年金証書、年金改定通知書、障害者手帳それぞれの写しを添付			
		基礎年金番号				
		支給開始(予定)年月日	年 月 日			
老齢年金等を受給していますか(退職後の請求時のみ記入)	<input type="checkbox"/> はい、手続中 <input type="checkbox"/> いいえ	基礎年金番号	年金証書、年金改定通知書の写しを添付			
		支給開始(予定)年月日	年 月 日			

備考 (個人番号:任意記入)

② 委任状	私は、傷病手当金請求による給付金の受領を受任者へ委任します。	令和 年 月 日
	被保険者(請求者)氏名	_____
	受任者(事業所が記入) 所在地 事業所名 受任者名	_____

令和 年 月 日提出

受付日付印

③

療養担当した医師が証明する欄（訂正は印を押してください）

患者氏名																																		
傷病名と診療開始日	(1)	(1) 昭・平・令 年 月 日																																
	(2)	(2) 昭・平・令 年 月 日																																
	(3)	(3) 昭・平・令 年 月 日																																
発症または負傷の年月日	昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発症	<input type="checkbox"/> 負傷	発症又は負傷の原因																														
労務不能であったと認められた期間	令和 年 月 日 から	発症又は負傷の原因																																
	令和 年 月 日 まで	診療実日数が0日の場合 労務不能と判断した理由																																
上記期間中の入院期間	令和 年 月 日 から	転帰																																
	令和 年 月 日 まで	治癒・継続・中止・転医																																
労務不能期間の診療日	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	計	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	計	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	計	日
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																																		
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
人工透析または人工臓器等を装着したとき	人工透析の実施または人工臓器を装着した日										昭・平・令 年 月 日																							
	人工臓器等の種類										人工肛門・人工関節・心臓ペースメーカー・その他（ ）																							
上記のとおり相違ありません。 ※労務不能と認められた期間が経過した後には証明してください。																																		
所在地										年 月 日																								
医療機関 名称										電話番号																								
医師氏名										電話番号																								

④

事業主が証明する欄

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間																															
就労状況（欠勤…○ 出勤…△ 有休…/ 公休…×）																													欠勤	出勤	有給			
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	日	日	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	日	日	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	日	日	日
給与の種類	月給・日給月給・日給・時給 その他（ ）										給与計算締日	日	給与支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日																		
上記の期間を含む給与計算期間ごとの給与支払状況をご記入ください。（請求期間経過後の給与締日以降にご証明ください。）																																		
1ヶ月分の金額		/	~	/	/	~	/	/	~	/	欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください。																							
基本給	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
通勤手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
役職手当	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
合計	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。																												担当者氏名						
所在地										令和 年 月 日																								
事業所 名称										電話番号																								
事業主氏名										電話番号																								

【提出の流れ】 本人①② → 病院③ → 本人 → 会社②④ → 健保組合