

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日	障害年金額	円 (日額 円)	常務理事	事務長	担当	担当
	支給期間	年 月 日から	老齢年金額	円 (日額 円)				
		年 月 日まで 日間	標準報酬 月額	円				
前回	始	年 月 日	全部・一部 不支給	期間 日間 円	備考			
	終	年 月 日	理由					

豊田通商健康保険組合 宛

傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回目)

申請日		年 月 日	
電話番号			
生年月日			
被保険者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
傷病名		発病 (負傷) 年月日	年 月 日
発病の状態又は 負傷の原因		第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記傷病で休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
同意書	・私は、傷病手当金の支給に際し、豊田通商健康保険組合が必要に応じ、医療機関または他の関係する保険者等に、必要な情報を提示することおよび照会すること、前職時のレセプトの開示することに同意します。 ・また、本同意書の写しも有効であることに同意します。 被保険者氏名		
老齢厚生年金の受給 (継続受給者の方)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <small>「有」の場合は「年金証書」の写しを添付</small>	「有」または 「申請中」の場合	基礎年金番号
障害厚生年金 障害年金手当金 の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <small>注)「有」の方は、該当する年金振込通知書、年金支払通知書、年金証書、又は年金改定通知書、年金額変更通知書の写しを請求毎に添付してください。</small>	年金を受けとること となった年月日	年 月 日
委任欄	給付金の受領を事業主に委任します。 事業主経由でお支払いしますので、給付金振込先の記入は不要です。 任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします。 上記の通り請求します。 被保険者住所 〒 被保険者氏名		

《請求者の方への注意事項》

- すべて**ボールペン**でご記入ください (鉛筆での記入・コピーは不可)
- 「医師証明欄」は必ず医師に記入していただいでください。
- 今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の待期間 (支給されない期間) がありますが、待期間を年休・会社休日とすることも可能です。
- 請求には事業主の勤怠証明が必要ですので、**必ず会社の人事経由で提出してください。**
資格喪失および任意継続の方は事業主人事経由又は直接健保に送付してください。 また、現在ご加入の保険証のコピーを添付してください (任意継続の方は不要)
- 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求である時は、事業主の証明を要しません。
- 支給日は毎月20日 (土日祝の場合は翌平日) までに審査が完了した請求を翌月10日 (金融機関休業日の場合は前平日) に事業所に支給します。
- 上記締切に関わらず、書類に不備がある場合・記載内容について調査 (医師への照会等) が必要な場合は、支給日が遅れることがあります。**
- 訂正したところは必ず訂正箇所に訂正印を押印願います。
- 支給金額については、支給決定通知書にてご確認ください。支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。
- 請求権の時効は2年です。** (労務不能になった日ごとに2年経過)

事業主 証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間				
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合 (有給等)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間の分 円 (日額金 円)			
		一部支給の場合 (手当金等記入、下段に内訳を記入)	年 月 日 から 年 月 日 まで 用途 () の分 円 (日額 円)			
一部支給の (手当金) の内訳について	通勤手当	共済会手当	() 手当	() 手当		
	円 (日額 円)	円 (日額 円)	円 (日額 円)	円 (日額 円)	円 (日額 円)	
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日						
住所 〒 事業主 氏名						

受取代理人欄	私は 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。 金 年 月 日 日請求した傷病手当金・傷病手当付加金のうち 円也の受領に関すること。 被保険者の住所 (請求者) 氏名 代理人の住所 氏名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
	受取代理人に 対する支払金融機関	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号			
	口座名義人	(フリガナ)				
		(漢字)				

【医療機関様へのお願い】 ※意見書は、必ず全項目のご記入をお願いします。

医師証明欄	傷病名		発病 (負傷) の原因	
	上記傷病の 診療開始日	年 月 日	発病 (負傷) の年月日	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	診療実日数	日間
	上記のうち 入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
上記期間中における傷病の主たる状態および労務不能と認めた理由				
上記のとおり相違ありません。 証明日 年 月 日				
医療機関所在地 〒				
医療機関名称				
医師の氏名				

注意事項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日 (土日祝の場合は翌平日) までに審査が完了した申請を翌月10日 (金融機関休業日の場合は前平日) に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合

2024年7月改