

退職した後も傷病手当金を申請される方へ「資格喪失後の継続給付」

※必ずお読みください！

1. 添付書類 ※以下の書類を請求書に添付してください。

- ① 医療機関から発行された「領収書」「診療明細書」のコピー
- ② 調剤薬局から発行された「領収書」「調剤明細書」のコピー
- ③ 雇用保険の「離職票Ⅰ」または「延長通知書」のコピー（初回請求時のみ）
- ④ 失業給付受給に関する誓約（同意）書（初回請求時のみ）
（失業給付を受給する場合、傷病手当金は請求できません）

2. 支給要件（以下の要件をすべて満たすことが必要です）

①	被保険者期間が1年以上あること（国民健康保険加入期間や任意継続期間は含みません）
②	退職日時点で傷病手当金を受給していること（または受給資格があること）
③	退職後も労務不能状態が続いていること（医師が労務不能と認めていること） ※断続しては受けられません。

※ 退職日に出勤した場合は継続給付の対象外です。

※ 一度就労可能となり受給資格を失うと、その後同一傷病で再び働けなくなった場合は受給できません。

3. 傷病手当金の支給調整

障害厚生年金・傷病手当金・老齢厚生年金を受けている場合
障害厚生年金や老齢厚生年金を受給している場合は、傷病手当金との差額が支給されることがあります。 ●国民年金厚生年金保険年金証書 ●直近の年金振込通知書 ●障害者手帳等 のコピーを添付

4. 内容審査および支給日と支給方法について

- ① <内容審査>
必要に応じて被保険者、医師等へ照会をさせていただく場合があります。
医療機関（調剤薬局）から発行された「領収書」「診療明細書」「調剤明細書」のコピーを
毎回添付してください。
- ② <支給日・支給方法>
毎月20日までに健保にて審査完了⇒原則翌月支給（健保→事業主→ご本人）
任意継続被保険者⇒任意継続登録口座へ支給（健保→ご本人）

5. 申請時の注意

- ① 原則として1ヶ月ごとに請求してください。
- ② 医師の証明は、診察を受けた後に取得してください。
- ③ 転居した場合は、医療機関ごとに証明が必要です。
- ④ 記入漏れや書類不備があると、支給が遅れる場合があります。
- ⑤ 支給金額は、支給月の5日頃からMy Health Plus+の支給決定通知書でご確認ください。
- ⑥ 退職後に雇用保険を申請・受給した場合は、傷病手当金との併給はできません。

6. 提出先および連絡先

請求書を健康保険組合へ直接ご提出される場合

<提出先> 〒450-8575 愛知県名古屋市中村区名駅4丁目9番8号 センチュリー豊田ビル
豊田通商健康保険組合 給付担当 宛

<連絡先> 052-584-5053 1297-genkin@dist.toyota-tsusho.com

失業給付受給に関する誓約（同意）書

私は、 年 月 日付で（勤務先名） を退職いたしました。

雇用保険の失業給付について、傷病手当金の受給中は失業給付の受給をしないことを下記の通り誓約・同意いたします。

記

1. 雇用保険の失業給付の受給申請を開始（予定）する場合には、遅滞なく貴組合にその旨報告いたします。
2. 失業給付受給申請しているにも関わらず、傷病手当金を受給していた事実が明らかになった場合には、失業給付受給申請の日に遡って傷病手当金の支給決定を取り消されても異議ありません。
3. 雇用保険離職票Ⅰ（資格喪失確認通知書）写または雇用保険受給期間延長通知書写もあわせて提出します。貴組合より管轄ハローワークへ雇用保険受給状況を確認することに異議ありません。
4. 傷病手当金を受給するにあたり、療養を担当した医師に傷病の症状・経過等について確認することに異議ありません。

2. 失業給付受給申請しているにも関わらず、傷病手当金を受給していた事実が明らかになった場合には、失業給付受給申請の日を遡って傷病手当金の支給決定を取り消されても異議ありません。

3. 雇用保険離職票Ⅰ（資格喪失確認通知書）写または雇用保険受給期間延長通知書写もあわせて提出します。
貴組合より管轄ハローワークへ雇用保険受給状況を確認することに異議ありません。

4. 傷病手当金を受給するにあたり、療養を担当した医師に傷病の症状・経過等について確認することに異議ありません。

以上

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

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 年 月 日まで 日間	老齢年金額	円（日額 円）				
				標準報酬月額	円				
	前回	始	年 月 日	全部・一部 不支給	期間 日間 理由	円	備考		
	終	年 月 日							

豊田通商健康保険組合 宛

傷病手当金請求書（第 回目）

退職者用

※労務不能期間が在職中を含む請求の場合は、この様式は使用しないでください。

※記号番号は、在職時の当組合の記号・番号をご記入ください。

※資格喪失後の継続受給者、任意継続被保険者含む

被保険者情報欄	資格情報		フリガナ	申請日		年 月 日		
	記号	番号	被保険者氏名	電話番号	生年月日			
				☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日			
	(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。							
	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		☐ はい ☐ 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
	委任状		退職後も給付金の受領は、事業主経由でお支払いします。 任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします。					被保険者住所 〒 被保険者氏名
	障害年金受給について		障害年金・障害手当金を受けていますか		☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中 （「はい」の場合は下記を記入）			【障害年金】又は【老齢年金】受給者については、下記①～③の写しを請求毎に添付してください。（③については障害年金・障害手当金受給者のみ） ①年金証書 ②直近の年金振込通知書 ③身体障害者手帳（病名記載頁） ※金額に変更があった場合は、至急変更後の支給額がわかる書類を送付してください。
			障害年金・障害手当金の受給原因となった傷病名					
			障害年金又は障害手当金の受給開始年月日と年金額		年 月 日 円/年			
	老齢年金受給について		老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか		☐ はい ☐ いいえ ☐ 請求中 （「はい」の場合は下記を記入）			
			年金制度名・受給開始年月日・年金額	年金制度名		受給開始年月日	年金額	
				年 月 日 円/年		年 月 日 円/年		
雇用保険失業給付について		傷病手当金を請求される期間、雇用保険を受給していますか			☐ はい ☐ いいえ ☐ 延長中			
		※雇用保険を受給する場合は、傷病手当金を受給することが出来ません。 「 <u>いいえ</u> 」もしくは「 <u>延長中</u> 」の方は退職後、初回の請求書に次の証明書類を添付してください。 ①雇用保険受給申し込みされていない方…失業給付受給に関する誓約(同意)書、離職票Ⅰ（写） 【雇用保険受給を延長しない理由…】 ②雇用保険受給期間を延長されている方…失業給付受給に関する誓約(同意)書、雇用保険受給期間延長通知書(写)						
		現在加入している健康保険（該当のものに✓） ☐ 国民健康保険 ☐ 任意継続被保険者 ☐ 全国健康保険協会の被扶養者 ☐ （ ）健康保険組合の被扶養者 ☐ その他（ ）						

療養状況報告欄	通院回数・頻度	☐ 1か月に（ ）回程度 ☐ 1週間に（ ）回程度 ☐ その他 ☐ 未受診 「その他」又は「未受診」を選択した場合は、下記に理由をご記入ください。
	受診・治療の状況	☐ 受診のみ ☐ 服薬のみ ☐ 受診と服薬 ※医療機関、調剤薬局の領収書、および明細がわかるもののコピーを添付してください。
	受診日の決め方	☐ 自分で判断し都合の良い日に行く ☐ 医師に指示された日に行く ☐ 薬がなくなったら行く ☐ その他
	医師から指示されている療養期間および療養するうえで医師から指示されていること	☐ 年 月 日まで ☐ その他 医師より指示されていることを下記にご記入ください。
	お仕事に就くことができない状況をご記入ください（自覚症状など）	
	申請期間中はどのような療養を行っていましたか。日常の過ごし方についてご記入ください	
就労について	☐ 年 月 頃 [年 月 日より ☐ 就労 ☐ 就労予定] ☐ 症状は軽快しているが、もうしばらく様子を見る ☐ 継続して治療が必要で、就労は無理である ☐ その他（ ）	

【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						
	◆申請ルート◆ 申請者→健保組合※事業所経由でも構いません						