

健保組合使用欄	受付日	年	月	日	障害年金額	円（月額）	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（月額）			
		年			月	日まで	日間	標準報酬月額	円		
	前回	始	年			月	日	全部・一部	期間	日間	円
終											

豊田通商健康保険組合

記入例

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。

※資格喪失後の継続受給者、任意継続被保険者含む

※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。

資格情報		フリガナ	ケンポ タロウ		申請日	2026 年 10 月 20 日	
記号	番号	被保険者氏名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××		
1234	5678			生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 1 年 6 月 1 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	適応障害		発病（負傷）年月日	2024 年 2 月 10 日			
発病の状態又は負傷の原因	動悸、意欲低下等、日常生活のストレス		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）	2026 年 9 月 1 日から 2026 年 9 月 30 日まで 30 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 ・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 必ず記入して下さい						
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 必ず記入して下さい						
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、下記のとおり記入してください。		
	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					
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 月 日	円/年	※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。	
				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		
	受診		
	医師がいる療養施設に医師から指示されている		
お仕事をできず、ご自宅（自宅）で療養中	申請	どのくらい休んでいますか？ 日常生活に支障があります。	
就労について	☐ 年 月頃 [月 日より ☐ 就労 ☐ 就労予定] ☐ 症状は軽快しているが、もう少し様子を見る ☐ 継続して治療が必要で、就労は無理である ☐ その他（ ）		

ご本人様にて、できるだけ詳しくご記入ください

【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
	労務不能認定日	日間		
	上記の入院期間	日間		
上記の入院期間	日間			
医師の氏名	日			

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、医師に訂正を依頼してください
(医師の訂正印または訂正署名が必要、被保険者自身での訂正は不可)

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合※事業所経由でも構いません