

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	資格情報に記載されている 番号をご記入ください		日間 円	備考		
終	年								

豊田通商健康保険組合 宛

記入例

傷病手当金・傷病手当付加金請求書（第 回目）

在職者用

※任意継続被保険者は退職者用請求書となります

資格情報		フリガナ	ケンポ タロウ		申請日	2024 年 5 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）		2024 年 4 月 1 日から 2024 年 4 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 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を ・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 健保 太郎					
老齢厚生年金の受給 （継続受給者の方）		☐ 有 ☒ 無 ☐ 申請中 「有」の場合は「年金証書」の写しを添付		「有」または 「申請中」の場合		基礎年金番号	1234-567890
障害厚生年金 障害年金手当金 の受給		☒ 有 ☐ 無 ☐ 申請中 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。		年金を受けとること となった年月日		支給事由と なった傷病名	双極性障害
委任状		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。		2024 年 4 月 1 日 被保険者住所 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市 〇〇〇〇△△△△××××		被保険者氏名 健保 太郎	

《請求者の方への注意事項》

- ① 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）
- ② 「医師証明欄」は必ず医師に記入していただいでください。
- ③ 今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の待期期間（支給されない期間）がありますが、待期期間を年休・会社休日とすることも可能です。
- ④ 同一の疾病又は負傷、およびこれによって発した疾病により、障害年金、障害手当金を受けている場合は下記書類を添付してください。
 - ・障害年金を受けている方・・・障害年金証書の写、支給開始並びに直近の額を証する書類
 - ・障害手当金を受けている方・・・支給額を証する書類
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ **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。**
- ⑨ 訂正したところは必ず訂正箇所には訂正印を押印願います。
- ⑩ 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。
- ⑪ **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		2024 年 4 月 1 日 から									
			2024 年 4 月 30 日 まで 30 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)	2024 年 4 月 1 日 から の分 有給									
		一部支給の場合 (手当金等記入、下段に 内訳を記入)	2024 年 4 月 10 日 まで 金 14,000 円 (日額金 316.66 円) の分									
一部支給の(手当金)の 内訳について		2024 年 4 月 30 日 まで 用途 (通勤手当・共済会)										
		通勤手当	共済会手当	() 手当	() 手当							
		9,000 円 (日額 300 円)	500 円 (日額 16.66 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 〒												
受取代理人欄	事業所にて証明 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、 正しい内容と担当者の訂正印または氏名（サイン）をご記入ください											
受取代理人 に対する支払金融機関	☐ 普通 ☐ 当座		口座番号									
	口座名義人	(フリガナ)										
		(漢 字)										

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
	労務不 認めた		
	上記の 入院日		
	上記期		
医 療 費 の 支 給 の 証 明 書	上記の 医療費		
	医療費		
	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/	