

健 保 組 合 使 用 欄	給付金支払	令和 年 月 日	支給可否	支給・不支給(理由)		常務理事	事務長	係長	係員
	資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日	当年令 才	資格喪失日	令和 年 月 日				
	傷手支給開始	令和 年 月 日	延手6割開始	令和 年 月 日	延手4割開始	令和 年 月 日	延手満了	令和 年 月 日	
	標準報酬	月額 円	日額 円	前回支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで		日間	残日数				
	支給日数	法定2/3 日	付加2/15 日	延長6割 日	延長4割 日	控除 日	控除内訳		
	支給日額	法定2/3 円	付加2/15 円	延長6割 円	延長4割 円	控除 円	控除内訳 円		
	給付額	法定 円	付加 円	合計 円					
	備考							システム 入力確認	※6割給付との差額 入力№

傷病手当金・傷病手当金付加金
 延長傷病手当金付加金

支給申請書

◆ ボールペン (フリガナ・鉛筆不可) で太枠内全てご記入下さい。

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	申請回数	回目					
	被保険者 記号番号	—	従業員No.	フリガナ 氏名	事業 所名	トヨタ紡織 (株)	(その他の事業所)
	療養のため 休んだ期間 ※今回申請する期間	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日間(会社休日・年休を含めて記入)			
	確認事項	(1)業務上、通勤途中に発病・負傷したものでしょうか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		(2)交通事故・ケンカなど(第三者の行為)によって負傷したものでしょうか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		(3)「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ			
		(4)前項(3)で「はい」または「申請中」と答えた方はその傷病名を記入ください		傷病名:			
		(5)トヨタ紡織健康保険組合が傷病手当金の支給決定を行うにあたり、関係機関に 必要事項について調査すること、また関係機関が調査の回答をすることについて		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※上記に同意を頂いた後、他機関への照会の為別途同意書を頂くことがあります。			
	部署	自宅 住所	連絡先 電話番号	自宅 () — 携帯 () —			
	傷病名	発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日	発病または 負傷の原因			
療養期間中の 療養状況 (詳しく記入)	<休んだ期間(今回申請する期間)の病状やどのように過ごしたかを具体的に記入(診療内容など)> <休んだ期間(今回申請する期間)の医師からの指示内容を記入> ◆投薬 <input type="checkbox"/> あり (1日 回 週間) ◆通院指導 <input type="checkbox"/> あり (週間に 回) ◆その他 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし						
給付金 振込先	1. 給付金の受領を委任するとき 私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求)氏名 (本人自署) 私は上記給付金の受領を左記の者より委任しました (受任者)						
	2. 振込先を指定するとき (注)口座名義が被保険者名義でないときは法定相続人であることの証明として被保険者の戸籍(コピー可)を添付 金融機関名 支店名 預金種別 口座番号 フリガナ 普通・当座 口座名義						

【注意事項】 詳細は別紙にてご案内しております。不明な時は当健康保険組合のホームページでご確認いただくか直接お問い合わせ下さい。

①継続的に休職している場合は、1ヶ月毎に申請をして下さい。

②業務上や第三者による傷病の場合は支給されないこともありますので、事前に健康保険組合へご確認下さい。

③障害年金・障害手当金等を受けている方は、年金証明書及び直近の裁定通知書・年金額改定通知書の写しを添付下さい。

※ 提出経路: 被保険者(請求者)→事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート(株) 略称:TPSC 国内給与部) →健康保険組合

※ 給付金の支払: 健康保険組合で毎月20日(休日の時は翌営業日)までに申請書受付 → 翌月20日(休日の時は前営業日)支払
ただし、書類不備、調査等により支払が遅れる場合があります。

※ 問い合わせ先: トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付グループ 電話 (0566) 26 - 0305 内線 811 - 3052

個人情報の保護について: この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

R6.12改

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している
-----	---

療養を 担当 した 医師の 意見 書	① 被保険者氏名 (受診者)																																
	② 主たる 傷病名	(1)	③ 療養の給付開始 年月日(初診日)	(1)	平成	年	月	日																									
		(2)		(2)	平成	年	月	日																									
	④ 発病または 負傷年月日	平成	年	月	日	⑤ 発病または 負傷の原因																											
	⑥ 労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日から	日間	⑦ 左記診療 実日数							日間																			
	⑧ 上記期間中 入院した期間	令和	年	月	日から	日間																											
	⑨ 上記⑥期間 のうち外来 診療日(○印)	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
		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
		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
	⑩ 傷病の主症状 及び経過概要	☆ 内容により当健保組合から照会させていただく場合がありますので、予めご了承ください。 (1) 症状経過からみて労務不能と認めた医学的所見を詳しくご記入ください。妊娠している場合何ヶ月かを記入ください。 (2) 労務不能と認めた期間における、傷病の主症状および経過概況、治療内容、療養指導等詳しくご記入ください。																															
⑪ 上記の通り相違ありません。	証明年月日 令和 年 月 日																																
住所(所在地)	〒																																
医療機関名																																	
医師名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)																																

【注意事項】(1)訂正した場合は必ず医師の訂正印を捺印願います。(2)労務不能と認めた期間以降に証明願います。
(3)発病または負傷の原因が特定できないときは ⑤発病…の欄は「不詳」とご記入ください(無記入不可)

事業所 証明 欄	(医師の意見書⑥期間中で)		社員区分	診断書提出確認 (証明期間含む)		/	~	/	印 または サイン																									
	労務に服さなかった期間(含休日)		資格			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間																												
	勤怠状況について(被保険者が妊娠中の時は予定日:令和 年 月 日) (出勤○ 欠勤(病欠)/ 有休△ 会社休日× でそれぞれ表示してください)								休日控除 の有無	賃金 支給日数																								
	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	有・無	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	有・無	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	有・無	日
	諸手当等を 一部支給	諸手当	家族手当	円	役付手当	円	日額																											
			食事手当	円	その他	円																												
			通勤手当	円	計	円				円																								
	休復職状況	令和 年 月 日に復職(予定) ・ 令和 年 月 日に退職(予定) ・ 未定																																
上記の通り相違ありません。										令和 年 月 日																								
住所																																		
名称																																		
代表者																																		

受付印