

保 険 組 合 使 用 月 報	給付金額 金額	金額 金額 金額 金額 金額 金額	事務理事 事務局長 係長 係員						
	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block; font-weight: bold; color: red;">                     健保組合が記入                 </div>								
									円

記入例
 傷病手当金・傷病手当金付加金
 支給申請書

延長傷病手当金付加金

◆ 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。

			申請回数	〇〇	回目			
被 保 険 者            被 保 険 者            入 欄	被保険者 記号番号	保険証を確認して記入 してください	員No.	〇〇〇				
		フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇〇					
		氏名	〇〇 〇〇			事業 所名	トヨタ紡織（株）	
			会社名を記入ください			(その他の事業所)		
		療養のため 休んだ期間 <small>※今回申請する期間</small>	今回申請する期間をご記入ください （初回申請の時）休み始めて数日は年休で休業し、その後傷病欠勤に切り替えた時は年休期間を含めて申請してください					
		確認事項	(1)業務上、通勤途中に発病・負傷したものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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すか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 (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 checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない					
		傷病名	〇〇〇〇〇 <small>（妊娠中の方は予定日：令和 年 月 日）</small>	発病または 負傷年月日	平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	発病または 負傷の原因	詳細を記入。特定できない時は 「不詳」としてください。
		部署	部署も記入ください		自宅 住所	自宅住所を記入ください		
		仕事内容	具体的に記入ください （例：シート縫製 等）		連絡先 電話番号	自宅	(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇	
		上記療養期間 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）> 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
	給付金 振込先	委任 状  私は上記給付金の受領を右記の者に委任します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者（請求）氏名 （本人自署） 〇〇 〇〇 〇 〇 <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">                     自署で記入                 </div>		事業所が記入				

【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。（不明な点は事業所担当者または健保組合にお尋ねください）

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相談下さい。

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・ソナルサポート(株) 略称：TPSC 国内給与部）→健保組合

※ 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。

※ お問い合わせ先：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。

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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	保険者氏名	<p><b>必ず医師の証明が必要です(診断書等のコピーでは受理できません)</b></p> <p><b>訂正の際は訂正箇所にも二重線を引き、医師の訂正印を押印ください</b></p>
	②	受診する名	
	④	発病した月日	
	⑥	労務不能と期間	
	⑧	上入期間(中)	
	⑨	の期間	
	⑩	傷及び	
	⑩	傷及び	
	⑩	傷及び	
	⑩	傷及び	
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)	〒	<p><b>労務不能と認めた期間の後の日付</b></p> <p>例：労務不能と認めた期間=9月1日から9月30日 →医師の証明日=10月1日以降であること</p>
	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	社 員 区 分	
	<p><b>事業所が証明</b></p>	