# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 〔豊田合成〕

（傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・延長傷病手当金付加金）

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

・傷病手当金の支給は、被保険者が療養（病気やケガの手当をし、からだを休めて健康の回復をはかること）のために休み、仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障を目的としています。
別紙、注意事項の「申請条件」をご確認のうえ、申請してください。
・申請期間は、基本的に1ヶ月単位で申請するようお願いします。**（長くても3ヶ月を超えないように申請してください。）**

提出日　　年　　月　　日

**被保険者（申請者）情報**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号 | 記号　　番号 | ← **記号・番号を必ず記入してください**<br>【記号・番号の確認方法】<br>①資格確認書、資格情報のお知らせ<br>②健康保険組合ホームページのマイページ<br>③マイナポータル<br>※豊田合成㈱の場合は、記号10，番号：社員コード | | |
| 事業所名（会社名） | | 所属 | 室・課 | 勤続年数　年 |
| 氏名 | （フリガナ） | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年　月　日 | |
| 住所 | （〒　　－　　）<br>都 道 府 県 | | | |
| 電話番号（日中の連絡先） | 自宅　（　　） | 携帯　（　　） | | |

**照会**

| | | |
|---|---|---|
| 照会等の同意 | 私は、本手当の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 | 氏名 |

**振込先指定口座（被保険者名義）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名称（ゆうちょ銀行以外） | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　） | 本店 支店 出張所 本所 支所 | |
| 預金種別 | □ 1．普通　2．当座 3．その他（　　） | 口座番号 | 左づめでご記入ください。 |
| 口座名義 | ▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として左づめでご記入ください。） | | |

**提出ルート**

| | | |
|---|---|---|
| 豊田合成㈱ | 被保険者〈申請者〉⇒ 医療機関（医師・助産師）の証明 ⇒ 被保険者 ⇒ ﾄﾖﾀﾊﾟｰｿﾅﾙｻﾎﾟｰﾄ㈱＜右記住所に郵送＞（事業主証明）⇒ 健保組合 | 〒450-0002<br>名古屋市中村区名駅四丁目8番26号　ｴﾆｼｵ名駅15階<br>ﾄﾖﾀﾊﾟｰｿﾅﾙｻﾎﾟｰﾄ株式会社　TG社会保険担当 |

**「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉**

| 受付 | 入力 | 支払 |
|---|---|---|
| | | |



豊田合成健康保険組合

＜帳票№202－19＞

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

（傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・延長傷病手当金付加金）

豊田合成

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

## 申請内容

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 傷病名 | 1) | 2 発病または負傷年月日 | 平成・令和 年 月 日 |
| | 2) | | 平成・令和 年 月 日 |
| | 3) | | 平成・令和 年 月 日 |

3 該当の傷病の発病、または、負傷原因
（1回目の請求時のみ記入）

［いつ（頃）、どこで、何をしていて、どこが（部位）、どのようになったか等詳しく記入］

4 申請可否の確認

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4－① | 業務上の傷病・通勤災害によるものですか | □ はい | □ いいえ |
| 4－② | 第三者行為によるものですか | □ はい | □ いいえ |
| 4－③ | 自己の故意によるものですか | □ はい | □ いいえ |
| 4－④ | ケンカ、泥酔によるものですか | □ はい | □ いいえ |

5 療養のため休んだ期間（申請期間）

年 月 日

□平成 □令和 から

□平成 □令和 まで

日数 日間

6 あなたの仕事の内容（具体的に）
（退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容）

## 確認事項

1 過去に同じ傷病名での傷病手当金受給を受けましたか。
□ 1. はい → 年 月頃 約 年 ヶ月間
2. いいえ

2 上記の療養のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。
□ 1. はい
2. いいえ

2－① 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。
H・R 年 月 日 から
H・R 年 月 日 まで
報酬額 円

3 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。受給している場合、どちらを受給していますか。
□ 1. はい → □ 1. 障害厚生年金
2. 請求中 2. 障害手当金
3. いいえ

3 - ① 「はい」または「請求中」と答えた場合、受給の要因となった（なる）傷病名及び基礎年金番号をご記入ください。
「請求中」と答えた場合は、傷病名・基礎年金番号をご記入ください。

傷病名

基礎年金番号 年金コード

支給開始年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日

年金額 円

4 右記事項を確認の上、提出ください。
4－① 被保険者記入欄・医師の意見書ともに全てモレなくﾎﾞｰﾙﾍﾟﾝで記入してありますか。 □ はい

「医療機関記入用」は3ページに続きます。〉〉〉

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書 〔豊田合成〕

（傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・延長傷病手当金付加金）

1 2 3 4

医療機関記入用

## 医療機関（医師）が証明するところ

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者氏名 | | | |
| 傷病名 | (1)<br>(2)<br>(3) | 療養の給付開始年月日（初診日） | (1) 平成 ・ 令和 年 月 日<br>(2) 平成 ・ 令和 年 月 日<br>(3) 平成 ・ 令和 年 月 日 |
| 発病または負傷の年月日 | 平成・令和 年 月 日 □発病 | 発病または負傷の原因 | |
| 労務不能と認めた期間 | H・R 年 月 日から □負傷<br>H・R 年 月 日まで 日間 | | |
| うち入院期間 | H・R 年 月 日から 日間<br>H・R 年 月 日まで 入院 | 療養費用の別 | □ 健保 □ 公費（ ）<br>□ 自費 □ その他 |
| 転帰 | □ 治癒 □ 中止<br>□ 繰越 □ 転医 | | |
| 診療実日数 | 日 | 診療日を○で囲んでください。 | 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<br>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<br>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 |

上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）

| | |
|---|---|
| 手術年月日 | H・R 年 月 日 |
| 退院年月日 | H・R 年 月 日 |

症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

| | | | |
|---|---|---|---|
| 人工透析を実施または人工臓器を装着したとき | 人工透析の実施または人工臓器を装着した日 | □昭和 □平成 □令和 年 月 日 | 人工臓器等の種類 □ 人工肛門 □ 人工関節 □ 人工骨頭 □ 心臓ペースメーカー □ 人工透析 □ 人口膀胱 □ その他（ ） |

令和 年 月 日

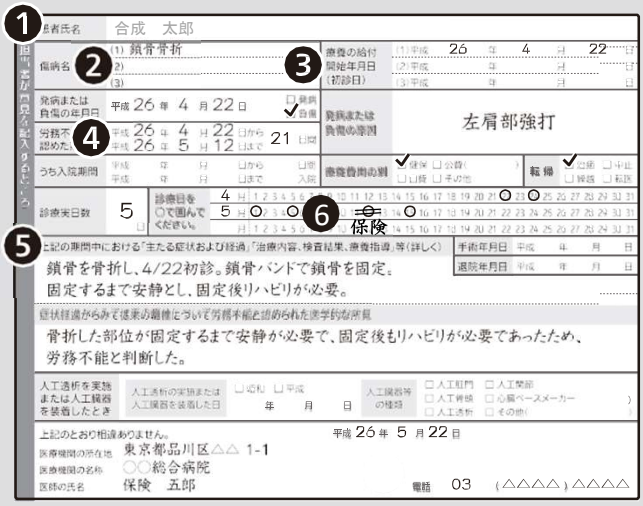
上記のとおり相違ありません。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名 電話 （ ）

## 記入例




【被保険者の方へ】

❶ 医療機関（医師等）の意見を受けてください。

【医療機関の方へ】

❷ 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

❸ 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

❹ 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また証明日以前の期間をご記入ください。

❺ 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

❻ 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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「事業主記入用」は4ページに続きます。〉〉〉

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

豊田合成

（傷病手当金 ・ 傷病手当金付加金 ・延長傷病手当金付加金）

1 2 3 4

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況 【出勤は〇】、【有給は△】、【休日は□】、【欠勤は×】 でそれぞれ表示してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H・R | 年 | 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 |
| H・R | 年 | 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 |
| H・R | 年 | 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 |

| 出勤 | 有給 | 欠勤 |
|---|---|---|
| 日 | 日 | 日 |

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？

□ はい

□ いいえ

報酬の形態

□ 月給

□ 日給月給

□ その他（ ）

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した（する）賃金内訳

| | 月 | 月 | 月 |
|---|---|---|---|
| 有休 | | | |
| 本給 | | | |
| 家族手当 | | | |
| 通勤手当 | | | |
| 役職手当 | | | |
| 手当 | | | |
| 手当 | | | |
| 手当 | | | |
| 合計 | | | |

記入担当者氏名

上記記載事項に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 （ ）

※勤務状況・賃金支給状況の記入担当者氏名を必ずご記入ください。
※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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

**注意事項**

## 《申請条件》次の4つの条件を満たすこと

①病気やケガの療養のために休んでいるとき

医師の指示のもとに病気・ケガのため療養している

療養中とは、入院だけでなく通院中の自宅療養期間中も対象となります。

医療機関を受診せずに自身の判断で休んでいるときは、対象外となります。

②病状からみて仕事に就けないと医師が判断したとき

仕事を就くことができない状態であるかについては、被保険者の仕事内容・病気やケガの症状、療養を担当した医師の意見等をもとに総合的に判断します。

③3日連続休み、4日以上休んでいる

第1回目の請求では、同一傷病の療養で3日以上連続して仕事を休み、4日目から対象になります。

はじめの3日間は待期期間といって傷病手当金が支給されません。

待期期間は有給休暇、公休を利用することができます。

④給料・報酬を受けていない

ただし、給与をもらっていても、傷病手当金より少ない場合は、差額が支給されます。

### 但し、次の場合は申請できません

①業務上の傷病や通勤途上での災害（会社の労災保険で申請）

②交通事故やケンカ等で加害者から費用を受ける場合

③単なる疲労、けん怠、健康診断や検査、美容整形手術等

### （１） 申請の期間

傷病手当金・傷病手当金付加金（法定通算1年6ヶ月間）、延長傷病手当金付加金(傷病手当金支給日より最長3年)で治癒するまでの間

注1） 同一疾病において「休職→出勤→休職」のように出勤等に伴い傷病手当金が支給されていない期間がある場合は、支給期間が通算して1年6ヶ月間に達するまで

注2） 『治癒』とは医学的判断の他、社会通念上の判断を含む

### （２） 給付の調整

①差額支給

（ア）同一疾病による「障害厚生年金」「障害基礎年金」や「障害手当」の受給に該当した場合

（イ）名目を問わず実質的に給料・報酬を受けた場合

②重複期間中の重複給付停止

（ア）出産手当金、（イ）労災保険の休業補償費、（ウ）雇用保険の失業給付、（エ）2つの傷病

### （３） 給付の制限（傷病手当金の全部又は一部）

①自己の故意の犯罪行為による事故又は故意による事故　②ケンカ、闘争、泥酔、著しい不行跡による事故

③正当な理由なく療養に関する指揮に従わない者　④詐欺、その他不正行為により保険給付を受けた者

### （４） 添付書類

①障害年金や障害手当金を受けている方は、年金証明書及び直近の裁定通知書・年金額改定通知書のコピー・障害者手帳のコピー

## 《注意事項：権限、権利の代行取得、時効》

（１） 豊田合成健康保険組合は、必要に応じて文書の提出を求めることができる

（２） 豊田合成健康保険組合は、第三者行為による事故の保険給付をしたときは、その給付額の限度額において損害賠償権利を取得する。また、損害賠償を受けた者には保険給付はしない(免責)

（３） 請求権の時効は、休んだ日の翌日から起算して2年です