

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)

1 2 3 4

被保険者 (申請者) 記入用

提出日 年 月 日

被保険者 申請者 情報	被保険者証の 記号 (※) 番号	生年月日 年 月 日	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/>	
	事業所名 (会社名) 所属 勤続年数 年		
氏名 (フリガナ)	室・課		
住所 (〒 -) 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 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所 その他 ()
	預金種別 <input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座 3. その他 () 口座番号 <input type="text"/> 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。) <input type="text"/>

提出 ルート	豊田合成(株) 被保険者 (申請者) ⇒ 医療機関 (担当医の証明) ⇒ 被保険者 ⇒ 職制 (職場上司コメント欄) ⇒ T G ウェルフェア(株)・給与サービス部 給与チーム (事業主証明等) ⇒ 人事部・労政室 (労務相談確認) ⇒ 健保組合
その他の 事業所	被保険者 (申請者) ⇒ 医療機関 (担当医の証明) ⇒ 被保険者 ⇒ 事業所・総括担当者 (職場上司コメント欄・事業主証明等) ⇒ 健保組合

(*)

【被保険者のマイナンバー記載欄】

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認 (免許証等コピー) をするための 添付書類 (マイナンバー通知カードのコピー、免許書等のコピー) が必要です。

注: マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

1/4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

被保険者（申請者）記入用

申請内容	1) 傷病名	2) 傷病名	3) 傷病名	2 発病 または 負傷 年月日	平成・令和	年	月	日
					平成・令和	年	月	日
					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、何をしていた、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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ			
	4-② 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ			
	4-③ 自己の故意によるものですか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ			
	4-④ ケンカ、泥酔によるものですか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ			
5 療養のため休んだ期間(申請期間)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	から	日数	日間
	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	まで		
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。	<input type="checkbox"/>	1. はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	年	月頃	約	年	ヶ月間	
	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。	<input type="checkbox"/>	1. はい	<input type="checkbox"/>	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	報酬額				
		H・R	年	月	日	まで		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。	<input type="checkbox"/>	1. はい	<input type="checkbox"/>	請求中	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	1. 障害厚生年金	<input type="checkbox"/>	2. 障害手当金	
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。	傷病名										
	基礎年金 番号	年金 コード									
	支給開始 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	年金額					
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ボールドで記入してありますか。	<input type="checkbox"/>	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

1 2 3 4

医療機関記入用

医療機関が記入するところ	患者氏名			
	傷病名	(1)	療養の給付開始年月日 (初診日)	
		(2)		
		(3)		
	発病または負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または負傷の原因
	労務不能と認められた期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	日間	
うち入院期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	日間 入院	療養費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
診療実日数	診療日を	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		
	○で囲んで	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		
	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		
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	人工臓器等の種類	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> その他()	
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

1	患者氏名	合成 太郎
2	傷病名	1) 鎖骨骨折
3	療養の給付開始年月日 (初診日)	平成 26 年 4 月 22 日
4	発病または負傷の年月日	平成 26 年 4 月 22 日
5	労務不能と認められた期間	平成 26 年 4 月 22 日から 平成 26 年 5 月 12 日まで
6	発病または負傷の原因	左肩部強打
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) 鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要。 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 骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要であったため、労務不能と判断した。		
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 年 月 日		
人工臓器等の種類 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> その他()		
上記のとおり相違ありません。平成 26 年 5 月 22 日		
医療機関の所在地 東京都品川区△△ 1-1 医療機関の名称 ○○総合病院 医師の氏名 保険 五郎 電話 03 (△△△△)△△△△		

【被保険者の方へ】

1 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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

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														
	上司、会社のコメント（労務管理者として現状の状態と判断[症状・リハビリ・終了見込み等]）		人事労務相談確認欄												
	(記入者の役職： _____ 氏名： _____)														
	勤務状況 【出勤は○】、【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	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。												
日	日	日	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											
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？															
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ															
報酬の形態															
<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 (_____)															
			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。

療養・日常生活状況の報告書 兼 同意書

※該当する項目に○もしくは記入してください。(複数回答可)

※虚偽申告の場合、健康保険法第120条により傷病手当金の支給ができません。

虚偽申告が後日判明した場合、既に支給済の給付分について返還請求させていただく場合があります。

健康保険証 記号・番号	—	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
被 保 険 者 氏 名			
傷病手当金請求期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
【療養について】			
医師のかかり方 ※該当するものに○をつけて 必要事項を記入してください	1. 完治したので受診していない 2. 入院中 3. 1ヶ月に()回受診している 4. ()ヶ月に()回受診している	・徒歩・バス・電車・タクシー・自転車 ・車(自分で運転)・家族等の運転に同乗 ・その他()	
受診日について	1. 医師に指示された日に行く 3. 薬がなくなったら行く	2. 自分の都合の良い日に行く 4. その他()	
治療内容	1. 診察のみ 2. 診察と投薬 3. 投薬のみ 4. その他()		
症状の経過について	1. 良くなっている 2. あまり変わらない 3. 悪くなっている 4. その他()		
症状について医師に 相談しましたか	1. 相談した(医師の指導内容は: 2. 相談していない)		
【就労について】			
就労についての医師から の指導内容	1. 継続して就労は無理である 2. 症状は改善しているが、しばらく就労できない 3. ()月()日頃から就労可能である 4. 現時点で就労可能(□軽作業なら可能 □短時間なら就労可能 □就労に問題ない)		
就労していない主な理由	1. 医師から働くことを止められている 2. 体力に自信がない 3. 働く意欲がない 4. 働きたいが、適切な職場がない 5. その他()		
【日常生活について】			
毎日の生活状況に ついて	1. 仕事・アルバイトをしている 2. 普通の日常生活ができています 3. ほとんど家の中にいるが、ときどき散歩で外出する 4. 身の回りのことはできるが、一日中家にいる 5. 身の回りのことはかろうじてできるが、ほとんど寝ている 6. 身の回りのことができず、介助が必要な状態 7. その他()		
【その他】			
老齢年金について	1. 受けている 2. 請求する予定 3. 受けていない 4. 請求する予定はない		
障害年金について	1. 受けている 2. 請求する予定 3. 受けていない 4. 請求する予定はない		
雇用保険(失業保険) について ※資格喪失者のみ記入	1. 受給手続き中である 2. 手続きは何もしていない 3. 給付を受けた(年 月 日 ~ 年 月 日) 4. 受給期間延長の申請をした(申請日: 年 月 日) 5. その他()		

同意書

私は、貴組合が傷病手当金の支給について関係諸機関に照会することに同意いたします。
また、関係諸機関が内容照会の回答をすることに同意いたします。

年 月 日

被保険者氏名

※記号欄は 10=豊田合成 11=健保 12=一榮工業 13=TGウェルフェア 14=TGメンテナンス 15=TGロジスティクス 18=TG SPORTS
30=TGカカ 31=TGAP 32=ティーンズ・オブ・シード 34=豊田合成東日本 35=豊田合成九州 40=豊田合成日乃出
41=海洋ゴム 50=豊信合成 90=任意継続

《申請条件》

次の4つの条件を満たすこと

- ①療養のために休んでいる
- ②病状からみて仕事に就けない
- ③3日連続休み、4日以上休んでいる
- ④給料・報酬を受けていない

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