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 令和 7年 8月 1日

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	記号 10 / 番号 99999	← 記号・番号を必ず記入してください 【記号・番号の確認方法】 ①資格確認書、資格情報のお知らせ ②健康保険組合ホームページのマイページ ③マイナポータル ※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）	○○○○株式会社	所属	○○○○ 室・課	勤続年数 16 年
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太朗	生年月日	□昭和 ☑平成 □令和 02年 10月 10日	
住所	（〒492-8153） 愛知 都道府県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地			
電話番号（日中の連絡先）	自宅 0587 （ 23 ） 6661	携帯 090 （ ○○○ ） ○○○○		

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 健保 太朗

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）	三菱UFJ 〔銀行〕 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	名古屋営業部 本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1 1．普通 2．当座 3．その他（ ）	口座番号 8888888	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。） ケンホ゜ タロウ		

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 名古屋市中村区名駅四丁目8番26号 ｴﾆｼｵ名駅15階 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) 尿管結石	2 発病または負傷年月日	平成・令和 7 年 5 月 8 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］

早朝　目が覚め、起き上がろうとしたところ、激しい腹痛と腰痛があり、病院受診したところ、尿管結石と診断された

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		日数	
□平成 ☑令和	0 7	0 5	0 8	から		
平成 ☑令和	0 7	0 5	2 0	まで	18	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。
2 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。
2 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。
3 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

（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

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

この欄は、医療機関（医師）に

証明を受けてください

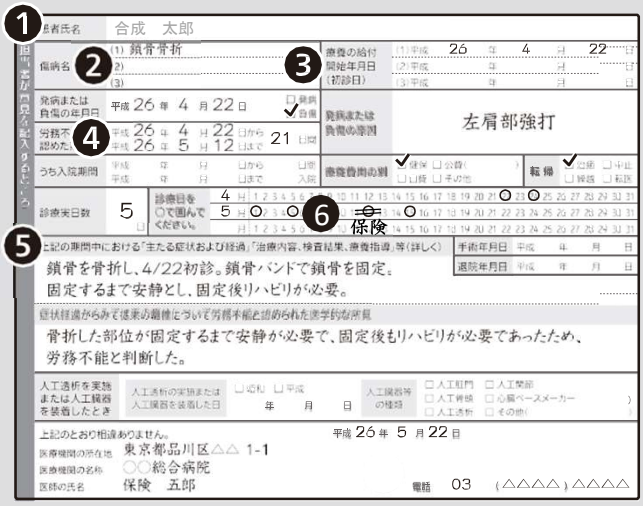
上記

医療機関

医療機関の名称

医師の氏名　　電話　　（　　）

記入例



【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】

2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。
6. 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																												28	29	30	31
H・R																														0	31

出

上記

□

□

□

□

□

この欄は、下記で事業主証明を受けてください。

豊田合成㈱の方（記号１０の方）

↓

〒450-0002

名古屋市中村区名駅四丁目8番26号　エニシオ名駅15階

トヨタパーソナルサポート株式会社　TG社会保険担当

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。