

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

- ・ 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 6年 12月 1日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください			
	被保険者等記号・番号	1 0 9 9 9 9 9				
	事業所名(会社名)	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇〇〇 室・課	勤続年数	16年
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	02 10 10
住所	(〒492-8153) 愛知 都道 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 (〇〇〇) 〇〇〇〇		

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 太郎
----	--------	---	----	-------

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 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号	8 8 8 8 8 8 8 8	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。)			
	ケンポ。 タロウ				

提出先	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) ⇒ TGウエルフェア(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

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

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	1) 尿管結石 2) 3)	2 発病 または 負傷 年月日	平成 令和 6 年 10 月 1 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] 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 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ		
5 療養のため休んだ期間(申請期間)	□平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		年 月 日 0 6 1 0 0 1 から 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	日数 31 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 <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/>	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。	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 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. いいえ <input type="checkbox"/>	1. 障害厚生年金 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	
「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。	支給開始 年月日	□昭和 □平成 □令和	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ッパで記入してありますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	はい	

「医療機関記入用」は3ページに続きます。>>>

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、全

認印

この欄は、下記で証明を受けてください。

豊田合成(株)の方 (記号10の方)



TGウェルフェア(株) 本社 給与サービス部 給与チーム

その他の事業所の方 (記号10以外の方)



各事業所の総括部門 (人事・総務など)

※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。