

豊田自動織機健康保険組合 御中

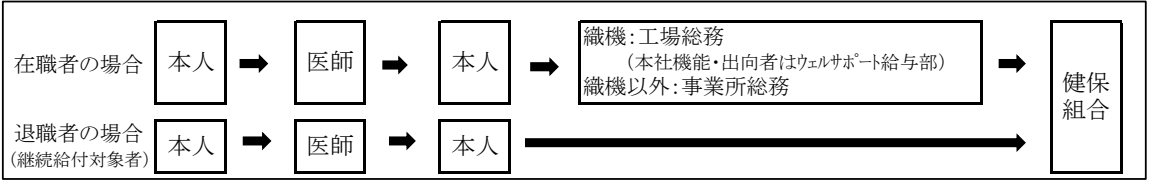
提出日 年 月 日

被保険者(請求者)記入欄	記号・番号	記号	番号	被保険者氏名														
	会社名				所属													
	病気やけがのため仕事を休んだ期間(請求期間)	年 月 日から 年 月 日まで () 日間		連絡先住所電話番号	〒 -	都道府県												
	傷病名				自宅TEL () -													
	発病または負傷の原因(該当する□に✓)	いつ・どこで・なにをしていてどうしたなど できるだけ詳しく			業務上や交通事故やケンカなどによるものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 申請前に健保組合までお問い合わせください <input type="checkbox"/> いいえ												
	照会等の同意書	健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、豊田自動織機健康保険組合が関係機関(医療機関、事業主、日本年金機構、又は他の関係する保険者等)に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等、その他必要事項、ほかの法令による保険給付受給に関する情報等の照会・依頼を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることについて同意します。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(自筆)												
	年金受給の有無(該当する□に✓) ※下記注意事項4参照	年金の受給を		<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金・退職年金 <input type="checkbox"/> その他() ※その他の場合は支給額調整はありません。													
	勤務状況および賃金支給状況については、これを証明するため、事業主が被保険者に代わって、勤務状況表および給与明細の写しを豊田自動織機健康保険組合に提出することに同意します。(同意するときは□に✓) 注1) 同意されないときは、該当月分の給与明細書と勤務状況表のコピーを添付してください。 ※注意事項6参照																	
	退職(予定)日		年 月 日		←退職した方、もしくは退職予定の方はその日付を記入し下記振込先口座をご記入ください。													
	★下記振込先は会社を退職した方や退職予定の方のみご記入ください。																	
振込先	銀行コード	支店コード	口座名義(被保険者名義のみ)	銀行 信用金庫 農協	本店 出張所	預金種目	普通	口座番号										
													ゆうちょ銀行は振込用の店名・口座番号をご記入ください					

療養を担当した医師の証明欄	傷病名			発病または負傷の日	年 月 日	発病または負傷の原因							
	労務不能であったと認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで () 日間		初診年月日	年 月 日	左記期間中の診療実日数	日	左記期間中の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで				
	傷病の主症状および経過状況(労務不能期間における症状、療養指導などできるだけ詳しく記入してください。)							転帰	継続・治癒・中止・転医・死亡				
	注1) 証明日以前の労務不能期間しか受け付けできません。 注2) 訂正箇所には必ず訂正印を押してください。 注3) 医師氏名は自筆でご記入ください。自筆でなければ、押印が必要です。							医師の証明欄に記入した内容は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 名称 電話番号 医師氏名(自筆)					

《注意事項》

- データ入力またはボールペンで丁寧にはっきりと記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。
- 今回の傷病で初めて請求される場合、3日間の待機期間(支給できない期間)がありますので、**4日目から支給**となります。
- 支給期間は同一の傷病について、支給開始日から傷病手当金は通算して**1年6カ月**です。
- 事業主より報酬の一部を受けている場合、障害年金・老齢年金・退職年金を受給されている場合は支給額が減額調整されます。
- 添付書類: 請求期間の給与明細書と勤務状況表のコピー
- 締切日: **毎月20日**(20日が土日の場合はその前日)
支給日: 20日までに健保組合に届いた分について**翌月給与支給日等**に事業所経由で振り込まれます。
書類の不備や内容の調査によって支給が遅れる、もしくは支給できかねる場合があります。ご了承ください。
- 提出ルート



8. 個人情報保護について

ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地
 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ
 外線 0566-21-7784 } 音声ガイダンス②
 内線 70-4611

- 傷病手当金(法定・付加金)請求書
 延長傷病手当金付加金請求書 (支給対象R6.9.30まで)

豊田自動織機健康保険組合 御中

事業主証明欄	記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	今回の申請のうち 労務に服さなかつた 期間	年 月 日から 年 月 日まで () 日間	左記の期間の給与支払状況(通勤手当含む)について、いずれかの□に✓し 勤務状況表と給与明細書(本人の同意がある場合) を添付してください。 <input type="checkbox"/> 全額支給した <input type="checkbox"/> 一部支給した <input type="checkbox"/> 支給していない		
		上記のうち有給休暇など	※欠勤控除がある場合は計算方法を記入してください(別紙可)。		
		年 月 日から 年 月 日まで () 日間	休復職 状況	年 月 日に 復職(予定)・退職(予定)・未定	
	事業主証明欄に記入の内容は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日				記入者(担当)
所在地 事業所 名称 代表者氏名 (織機の各工場は総務部GM以上)					
備考					

健 保 記 入 欄	決定事項	支給・不支給 理由()			日額	日数	金額
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	傷病手当金 (日額2/3)				
	資格喪失日	年 月 日 (健康保険法第104条該当者のみ)	傷病手当付加金 (日額2/15)				
	待機期間	年 月 日 ~ 年 月 日 の 日間 (欠勤・年休)	報 酬				
	不支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 の 日間	傷病手当金合計				
	その理由	(出勤・報酬の方が高い)					
	今回支給期間	傷手	年 月 日 ~ 年 月 日 の 日間	延長傷病手当 付加金(日額6割)			
		延長	年 月 日 ~ 年 月 日 の 日間	報 酬			
	備 考	延長傷病手当付加金 合計					
		総 合 計					
決 裁	常務理事	事務長	GM	担当	標準日額	円	健保受付印