

支給金額	金	円也
(計算明細裏面)		

健保捺印欄			
常務理事	事務長	室長	担当者

傷病手当金請求書 (第1回) ← 回数を記入してください。

トヨタ販売連合健康保険組合 理事長 殿

平成30年 7月18日請求

次の通り請求します。

また、支給決定に関する調査のため医療機関等の関係機関に照会することに同意します。

本人が記入するところ	被保険者証の記号と番号	591	100			
	被保険者の氏名	健保 太郎	※	生年月日	昭和 平成	43年5月10日
	被保険者の住所	〒450-0001 名古屋市東区泉一丁目23-36 Tel (052) 952-2671				
	事業所の名称	トヨタ〇〇株式会社	業務の別	事務職		
	資格を取得した年月日	昭和 平成	1年 4月 1日			
	傷病名	脛骨骨折・坐骨骨折	発病又は負傷年月日	平成30年 4月16日		
	発病又は負傷原因	自宅の階段から落ちた		第三者行為によるものですか	いいえ・はい	
	労務に服することができなかった期間	平成30年 4月16日 から 平成30年 6月30日 まで 日間				
	※年金等受給の有無	受給中 ・ 受給していない ・ 手続中				
	障害年金又は退職後の老齢年金等を受給中の時	年金の種類	年金受給額	受給開始年月日	基礎年金番号	年金コード
障害厚生年金		円	平成 年 月 日			
障害基礎年金		円	平成 年 月 日			
障害手当金		円	平成 年 月 日			
老齢厚生年金		円	平成 年 月 日			
老齢基礎年金		円	平成 年 月 日			
()		円	平成 年 月 日			
合計	円					
委任状	私は給付金の受領を右記の者に委任します。		受任者(事業所が記入)			
	平成 30年 7月 18日 被保険者氏名 健保 太郎	事業所の所在地 名古屋市東区泉1丁目23-22 名称 トヨタ〇〇株式会社 事業主の氏 〇〇〇〇				

被保険者ご本人様のお名前をご記入してください。

労災・通災・第三者行為によるものかどうか確認できるよう、具体的に、詳しく記入してください。
 (労災・通災・第三者行為は、通常その保険で給付を受けるため健康保険組から給付を受けません。確認してから送付してください。)

いずれかに必ず〇を付けてください。

障害年金・老齢年金等を受給中の方は必ずご記入ください。

記入漏れがないよう確認をお願いします。受任者は代表者名をご記入ください。

- ・退職等により本人口座への直接振込を希望される場合は、委任状は記入せずに勤務先の健保担当部署に申し出た上で給付金振込口座登録用紙(別紙)を添付してください。
 - ◆退職者で継続受給される方は
医療機関の領収書の写し(請求期間内の通院時、又は労務不能の証明を受けた時のもの)を請求書に添付してください。
 - ◆障害年金、退職後の老齢年金等を受給される方は
①受給中の年金の年金証書又はこれに準ずる書類の写し
② " 受給額、その支給開始年月を証明する書類
③ " 直近の額を証明する書類 ①②③のいずれかを請求書に添付してください。
- 障害年金、退職後の老齢年金等の受給額が、傷病手当金の額より下回る場合は、その差額のみを傷病手当金として支給します。
 (傷病手当金と障害年金、退職後の老齢年金等の重複期間は、それぞれ該当する年金の受給額を返納していただきます。)

被保険者氏名：健保 太郎

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	就労状況 (欠勤-× 出勤-○ 早退-◎ 有給-△ 公休-公 と該当日に表示してください。)			
	平成30年 4月16日 ~ 平成30年 6月30日	4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		
		5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		
		6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		
	1ヵ月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください)	基本給や諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入)			
		4月 1日 ~ 4月30日	5月 1日 ~ 5月31日	6月 1日 ~ 6月30日	
	基本給 (月額・日額・時間給) 265,000円	(30日分) 265,000円	(31日分) 265,000円	(10日分) 138,809円	
	住宅手当 有(無) (1ヵ月) 円	(日分) 円	(日分) 円	(日分) 円	
	通勤手当 有(無) (1ヵ月) 10,000円	(30日分) 10,000円	(31日分) 10,000円	(30日分) 10,000円	
	家族手当 有(無) (1ヵ月) 円	(日分) 円	(日分) 円	(日分) 円	
残業手当 (1ヵ月) 円	(日分) 27,000円	(日分) 円	(日分) 円		
手当 (1ヵ月) 円	(日分) 円	(日分) 円	(日分) 円		
給料の種類	月給・日給・日給月給 時間給・その他 ()	欠勤控除の有無及び欠勤控除の方法	欠勤控除の有無 欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください		
給料締切日	末日締	基本給	有・無 265,000円 - (265,000円 × $\frac{10}{21}$ 日)		
給料支払日	25日払	通勤手当	有・無 給料が支給されている月まで一定額		
		その他の手当	有・無		
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成30年 7月18日					
(記載者氏名 ○○ ○○)		事業所の所在地 名称 事業主の氏名	名古屋市東区泉一丁目23-36 トヨタ○○株式会社 ○○ ○○		

第1回目は、傷病欠勤を始めた日から (有給の期間も含めて) 記入してください。

給料の締切単位に全ての報酬について記入してください。
(休業立替金を支給する場合必ず記入してください。)

必ず記入してください。

受任者は代表者名をご記入ください。

詳しく、全項目について記入していただいでください。

保険医が意見を記入する欄	傷病名	脛骨骨折・坐骨骨折	発病又は負傷原因	階段で足を滑らせた	
	発病又は負傷の年月日	平成30年 4月16日	療養の給付を開始した年月日	平成30年 4月16日	
	労務不能と認められた期間	平成30年 4月16日 から 平成30年 6月30日 まで	76日間	診療実日数	41日間
	入院期間	平成30年 4月16日 から 平成30年 5月15日 まで 30日間			
	傷病の主症状及び経過概要	平成30年4月16日より入院、ギブスにより固定。 平成30年5月15日退院、以後、通院・自宅にて療養を必要とする。			
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成30年 7月13日					
Tel (052) 961-9393		医療機関所在地 名称 医師の氏名	名古屋市中区五の丸一の三の五 名古屋病院 医学 進		

傷病手当金計算明細

支給期間等													
認定期間	自	月	日	日	標準報酬月額	千円							
待 期	自	月	日	日	標準報酬日額 の3分の2額	円							
不支給期間	自	月	日	日	(A) 支給認定額	円							
支給期間	自	月	日	日	(B) 控 除 額	円							
					(A-B) 支給金額	円							