傷病手当金の請求をされる方へ　※請求書記入前にお読みください

2025.1 改定

1．傷病手当金とは

疾病又は負傷の療養のため労務不能となり、収入の喪失または減少をきたした場合に、これをある程度補てんし、生活保障を行うことを目的とした給付のことを傷病手当金といいます。
従いまして、労務不能の期間が長期になる場合は、**原則として毎月請求**して頂きますようお願いいたします。
本請求の時効は2年です。

請求書はコチラ⇒

2．提出書類

請求区分	提出書類（全て原本）	注　意　事　項
□在職中の方	□傷病手当金請求書	・請求書の被保険者（本人）記入欄は、すべて入力または黒のボールペンで記入してください。 ・請求書の医師の意見記入欄は、病院の証明をしてもらってください。
□退職者の方	□傷病手当金請求書 □日常生活状況・療養の報告書 （請求毎に必ずご提出ください）	・在職中から労務不能により傷病手当金を請求されている疾病のみ請求できます。 （ただし給付開始より1年半の請求期間になります。） ・請求書の被保険者（本人）記入欄は、すべて入力または黒のボールペンで記入してください。 ・請求書の医師の意見記入欄は、病院の証明をしてもらってください。

3．締切日と提出先

①締切日は原則、各月15日と月末（土・日・会社休日の場合はその前日）です。（下記②の提出先に必着）

②提出先

提出区分	提　出　先	送　付　先　（勤怠証明部署）
□在職中の トヨタ車体にお勤めの方	□トヨタパーソナルサポート（株）	〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-8-26 エニシオ名駅15階 トヨタパーソナルサポート株式会社　TY社会保険担当宛
□在職中の トヨタ車体以外にお勤めの方	□お勤め先の人事・総務	お勤め先の人事・総務
□退職者の方	□トヨタ車体健康保険組合	〒448－0002 愛知県刈谷市一里山町金山100番地 ウェルプラザ　トヨタ車体健康保険組合

このページの右下に宛名ラベルを用意していますのでご活用ください

4．支払日

原則、各月 15日到着分を当月末にお支払い、または 月末到着分を翌15日にお支払い します。(土日祝の場合は前日)
（5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります）
※ただし書類不備や、内容の審査などにより、支払いが遅れる場合があります。

5．傷病手当金を請求することができる条件

①医師の指導のもとに治療、服薬の指示に従っていること
②上記①の理由により仕事ができないと医師が判断した場合
③連続して３日以上休んでいること（４日目から支給）
④給料等を貰えないこと（年休は給付対象外、他制度（年金・労災）の受給がある場合は調整される場合があります）

6．問い合わせ先

①書類の到着に関するお問い合わせ･･･上記３．送付先の担当者まで
②請求内容に関するお問い合わせ　･･･トヨタ車体健康保険組合の第2グループまで
外線：0566-36-3927　　内線：81-2755
（平日８：３０～１２：００　１３：００～１７：３０）

450-0002
名古屋市中村区名駅4-8-26
エニシオ名駅15階

トヨタパーソナルサポート株式会社
TY社会保険担当　行

トヨタ車体健康保険組合　**記　入　例**　　令和 6 年 12 月 4 日申請

傷病手当金（法定・付加）請求書

被保険者が業務外の病気やけがの治療のため、仕事につくことができず、給料等をもらえないときは
「傷病手当金」が支給されます。被保険者記入欄に記入した後、医師の証明を受け、事業所へ提出してください。

被保険者記入欄

	記号 － 番号	生年月日	年齢
資格情報	1 － 12345	☑昭和 □平成 47 年 7 月 15 日	51
氏名	健保　太郎		
電話番号	○○○－△△△△－××××	電話番号は日中連絡可能な連絡先	
同意書	**私は、傷病手当金の支給に際し、トヨタ車体健康保険組合が必要に応じ、医療機関または他の関係する保険者等に、必要な情報を提示することおよび照会すること、前職時のレセプトの開示をすることに同意します。また、本請求書（同意書）の写しも有効であることに同意します。**		
傷病名	右膝半月板損傷	発病または負傷した日	□平成 ☑令和 6 年 10 月 27 日
該当の傷病は病気（疾病）ですかケガ（負傷）ですか	□ 病気（　　）発病時の状況 出来るだけ詳しくご記入ください。 ☑ ケガ（サッカー場で練習をしている時に、ドリブルで転倒負傷し、そのまま入院した。）ケガした状況 何をしている時、場所、相手の有無、原因等		
休業した期間（請求期間）	令和 6 年 11 月 1 日 から 令和 6 年 11 月 30 日 まで 30 日間		

障害年金・老齢年金について				
年金受給の有無	☑有 □申請中 □無 （「有」「申請中」の場合は↓（1）～（4）を記入してください）			
年金の種別	☑障害年金□老齢年金	支給開始年月	☑平成 □令和 5 年 5 月	
（障害年金の場合）年金支給事由となった傷病名	右耳難聴	年金額（年間）	700,000 円	

※年金受給の無い方も、必ず「無」に印を付けてください。

注）年金受給の有無が「有」の方は、該当する年金振込通知書、年金支払通知書、年金証書、年金受給の変更通知書の写しを請求毎に添付してください。

年金受給のチェック忘れが多いですので、必ずチェックしてください

振込先　（但し、任意継続被保険者の方は加入時に申告いただいた口座へ、退職者の方は退職時に登録した口座へ振込みます。）
給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です。
注）本人死亡の為振込先が被保険者名義でない場合は、別途健保へご連絡ください。
振込先口座の記載用紙を送付します。ご提出時に法定相続人である証明として、被保険者の戸籍(ｺﾋﾟｰ可)を添付してください。

医師の意見記入欄

傷病名	発病または負傷の日	令和 年 月 日
	初診日（診療開始日）	令和 年 月 日
	発病または負傷の原因	
労務不能と認めた期間※1（1.被保険者記入欄に記載された期間に対して）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 から 日間（内、診療実日数 日間）	診療実日数0日間の場合、労務不能と判断した理由
傷病の主症状および経過概要※2	投薬 □なし ： 理由（　　）日分 転帰 □治癒 □継続 □中止 □転医	
上記のとおりに相違ありません	年 月 日	

住所
医療機関名
医師名
電話番号

『医師の証明欄』
この欄には必ず医師に記入してもらってください。
※手元に戻ってきましたら、誤りや記入漏れがないことを確認してください。
誤りがある場合は、医師に訂正を依頼してください。
（被保険者自身での変更は不可）

記入の際のお願い事項
- 必ずボールペンで記入し、訂正があるときは訂正印を押してください。

※1 ： 労務不能と認めた期間の最終日は、（証明日 ※3）を過ぎないこと。（証明日までは可）
※2 ： 傷病の主症状及び経過概要は、なるべく詳しく記入してください。特に、労務不能期間に対し診療実日数が少ない場合（労務不能1ヶ月間に対し1～2日の実日数 等）は、その理由を明確に記入してください。
※3 ： 医師の意見記入欄をご記入されました日付をご記入下さい。未記入の場合は、再度ご記入願います。

裏面もご確認ください

↓「医師の意見記入欄」記載の労務不能と認めた期間

事業主証明欄

本請求書に対する労務に服さなかった期間（暦日）	令和　年　月　日 ～令和　年　月　日まで（　日間）		休職履歴
	内有休数(特休含)　日間	内出勤数　日間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日
資格	基幹職　・　基幹職以外	今回休職となった日　年　月　日から	
退職した日	令和　年　月　日退職	復職した日　令和　年　月　日復職	まで

上記期間に対しての証明

◆勤怠状況[証明の写し　あり・なし]　（出勤：○、早退：◎、有休：△、欠勤：×、会社休日：/ ）

曜日								曜日								曜日							
A（　～　月）	1	2	3	4	5	6	7	B（　～　月）	1	2	3	4	5	6	7	C（　～　月）	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14		8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21		15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28		22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31						29	30	31						29	30	31				

◆給与支払状況[証明の写し　□あり □ なし]

対象月	基本給	役付給	家族手当	通勤手当		( )手当	( )手当
A( )月分	円	円	円	円	%	円	円
B( )月分	円	円	円	円	%	円	円
C( )月分	円	円	円	円	%	円	円

『事業主の証明欄』
この欄には記入せずご提出ください。

上記の届出について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

事業主名称

健保組合記入欄

①前回支給の最終日		②その他支給日決定に関する事柄	
□新規　□令和　年　月　日まで支給済		(1)労災調査 □否 □要	(2)第三者行為調査 □否 □要
③不支給期間	待期期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日間
	上記以外	□有休 □公休 □出勤 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日間
		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日間
		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日間

④控除額	月	円× 日＝	円	⑤控除額計	⑥備考
	月	円× 日＝	円		
	月	円× 日＝	円		
	月	円× 日＝	円		
	月	円× 日＝	円	円	

『健保組合記入欄』
この欄には記入せずご提出ください。

◇提出先

①トヨタ車体の方…**トヨタパーソナルサポート（株）**→トヨタ車体健康保険組合

②トヨタ車体研究所の方…**LSCオフィスサポート事業室**→トヨタ車体健康保険組合

③上記以外の事業所の方…**所属事業所担当部署（人事・総務など）**→トヨタ車体健康保険組合

④任意継続の方…**トヨタ車体健康保険組合**

2025年1月改定