

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

2023.12 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。

本請求の効力は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
<input type="checkbox"/> 在職中の方	<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 退職者の方	<input type="checkbox"/> 傷病手当金請求書 <input type="checkbox"/> 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）
<input type="checkbox"/> 在職中の トヨタ車体にお勤めの方	<input type="checkbox"/> トヨタパーソナルサポート（株）	〒450-0002 名古屋市東区名駅4-9-8 センチュリー豊田ビル4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
<input type="checkbox"/> 在職中の トヨタ車体以外にお勤めの方	<input type="checkbox"/> お勤め先の人事・総務	お勤め先の人事・総務
<input type="checkbox"/> 退職者の方	<input type="checkbox"/> 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）

※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業務外の理由による病気やけがで療養中のとき。
- ②上記①の理由により仕事に就くことができないとき。
- ③連続して3日以上仕事を休んでいるときに、4日目から傷病手当金が支給されます。
- ④仕事を休んだ期間について給与の支払いがないとき。（年休等で給与が支払いされるときは傷病手当金は支払われません）

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
名古屋市東区名駅4-9-8
センチュリー豊田ビル4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

記入例

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	保険証	記号 - 番号 1 - 12345	生年月日 昭和 47 年 7 月 15 日 平成	年齢 51
	氏名	健保 太郎		
	電話番号	〇〇〇-△△△△-××××		
	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について、必要に応じて開示すること、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 5 年 4 月 1 日 令和
	該当の傷病は 病気（疾病）ですか ケガ（負傷）ですか	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ	発病時の状況 出来るだけ詳しく記入ください。 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 5 年 4 月 1 日 から 令和 5 年 4 月 15 日 まで 15 日間		
	障害年金・老齢年金 について	年金受給の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 ※年金受給の無い方も、必ず「無し」に印を付けてください。	年金の種類別 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 支給開始年月 平成 5 年 5 月 年金金額（年間） 700,000 円	
	振込先	年金振込先（注） （但し、任意継続被保険者の加入期間が1年以上の場合、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（レポ）を添付してください。		
		年金受給のチェック忘れが多いので、必ずチェックしてください。		

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	
	労務不能と認められた期間※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	診療実日数0日間の場合、 労務不能と判断した理由
		令和 年 月 日 から 日間	
	傷病の主症状および経過概要※2	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）	
	上記の住居	令和 年 月 日	
	医療機関名		
	医師名		
	電話番号		
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：労務不能と認められた期間の最終日は、（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

