記入見本　傷病手当金請求書

1 記号・番号は保険証に記載されています。

現在TOTO健保に加入されていない方も、TOTOでの記号・番号をご記入ください。

2 被保険者証に記載されています。あなたが雇用されている会社です。退職された方は記入不要。

3 第三者行為とは、発病・負傷の原因に加害者が存在することです。

4 労災による傷病で傷病手当金をお支払した後に労災認定された場合は、傷病手当金を返還いただきます。

5 今回請求する期間を記入してください。
同じ期間を、医師の意見書の「労務不能と認めた期間」として主治医に証明してもらってください。
医師が証明した期間以外、お支払いすることはできませんので注意ください。

6 請求期間中の、障害厚生年金について記入してください。

7 退職後の期間分を請求する方は必ず記入してください。

※裏紙使用禁止・A4印刷限定

健康保険 傷病手当金請求書（第　1　回目）2枚中の１枚目

被保険者証	記号 100	番号 99999		本籍会社	TOTO株式会社
被保険者氏名	(フリガナ) トートー タロウ 東陶　太郎			社員番号	B999999
				生年月日	□ 昭和 ☑ 平成　● 年 ● 月 ● 日
住所	〒 ●●●－●●●● 東京都●●区●●			TEL	080-●●●●－●●●●
傷病名	左大腿骨頸部骨折			初診日	□ 平成 ☑ 令和　● 年 ● 月 ● 日
発病または負傷の原因	原因がはっきりしない場合は「不明」と記入 休日に自宅で転倒し負傷した			第三者行為による傷病ですか 業務に起因する傷病ですか →「はい」の場合、労災保険の休業補償給付を申請しますか	□ はい ☑ いいえ □ はい ☑ いいえ □ はい □ いいえ
請求期間（療養のために労務不能だった期間）	令和 6年 4月 3日 より 令和 6 年 6 月 30日まで				

被保険者記入欄

上記請求期間について

すべての方が記入必須

- 療養のため労務に服することが出来なかった　☑ はい　□ いいえ
- 障害厚生年金を受給した　□ はい　☑ いいえ　□ 現時点で受給していないが申請中(又は申請予定)
- 「いいえ」以外の場合は右欄にご記入ください。　年金の種類　□ 障害厚生年金　□ 障害手当金　対象傷病名
- ※請求期間に支払われた障害厚生年金の金額がわかる「年金証書」「年金額改定通知書」「年金振込通知書」の写を添付

今回の請求が退職後の期間分である方のみ記入必須

- 老齢厚生年金・老齢基礎年金を受給した　□ はい　※年金証書および該当期間の支払通知書の写を添付　☑ いいえ
- 雇用保険失業給付を受給した　□ はい　☑ いいえ
- 現在の健康保険　☑ TOTO任意継続　□ 国民健康保険　□ 家族の扶養に入っている

すべての方が提出前にチェック

- ☑記入もれはありません　☑請求前チェックシート・提出時チェックシートを確認しました
- ☑医師の意見書に間違いがないことを確認しました。不明点がある場合、健保が医師に照会することに同意します。

事業主証明欄

給与形態　☑月給制　□時給制

支給した日に○・欠勤控除した日に△・公休日に/を記入。支給していない日が連続する場合は棒線でも可。(全額控除・全額支給の月は図すれば記入不要

基準内賃金	令和 6 年 4 月 □全額控除 □全額支給	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / # 12 13 14 15 16 17 18 19 20 / # 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	☑欠勤控除 □私傷病見舞金 基準内賃金 180,000 円 × 3 % × 欠勤日数 3 日 ＝ 16,200 円
基準内賃金	令和 6年 5～6月 ☑全額控除 □全額支給	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / # 12 13 14 15 16 17 18 19 20 / # 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	□欠勤控除 □私傷病見舞金 基準内賃金 円 × % × 欠勤日数 日 ＝ 円
上記以外の月	令和　年　月～ 令和　年　月　□全額控除 □全額支給		

基準内賃金以外　□支払無　☑支払有　有の場合は、下欄に記入

	月 日～ 月 日 分	月 日～ 月 日 分
通勤費補助	円	円
定期券補助	円	円
住宅費補助	円	円
福利厚生手当	10,000 円	円
	円	円

月額で支給している場合は1日から末日までで記入してください。

被保険者請求期間について、上記のとおり証明します。
令和6年7月10日

事業主　所在地　●●県●●市●●
名称　ＴＯＴＯ●●株式会社
氏名　代表取締役　●●　●●

記入担当者 氏名（スタンプ印可）　人事　花子

※請求期間の給料支給明細書・就業記録表を全て添付してください。基準内賃金以外の報酬が給料明細に記載されていない場合は別途、記載があるもの(賃金台帳等)を添付ください。

傷病手当金　申請フロー

被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	被保険者	TBN・年金健保GG会社人事担当	TOTO健康保険組合
請求前チェックシートを確認	傷病手当金請求書の「被保険者記入欄」に記入	「医師の意見書」を主治医に書いてもらう	提出時チェックシートを確認	傷病手当金請求書を提出 ＜提出先＞ ＴＯＴＯに在職中の方：ＴＢＮ・年金健保ＧＧ会社に在籍中の方：Ｇ会社人事担当 退職後分を請求する方は郵送で健保組合へ 〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1 ＴＯＴＯ健康保険組合	事業主証明のうえ、TOTO健康保険組合に提出	・原則20日までに健保に到着した傷病手当金請求書を審査の上、当月末に支払 ・支払日前後に「給付金決定通知書」を被保険者(※)に送付 (※)健康ポータルサイト「PepUp」を登録されていない被保険者のみ。PepUp利用可能な方は、支払日の翌月10日以降にサイトより給付内容をご確認ください。

『請求前チェックシート』『提出時チェックシート』にてチェックを必ず行って、
記入不備等のないことを確認のうえ　ご提出ください。（各チェックシートは提出不要です）

«請求時効»：労務不能の日１日ごとに、その翌日から起算して２年が経過したとき

TOTO健康保険組合
ホームページ