

Please fill in all the blanks in the bold frame.
*All the years should be written in the Japanese Calendar system.

記入見本

Claim for Injury and Illness Allowance is 2 pages.
Please submit the second page as well.

Number of times

Employee Number 健康保険

傷病手当金請求書(第○回目)

Furigana (in Katakana)

Health Insurance Card
[Symbol]
[Number]

Date of Enrollment:
[Showa] / [Heisei] / [Reiwa]
[Year][Month][Date]

Name of Injury or Illness
(e.g. bone fracture)

Condition of Illness or Cause of Injury
(e.g. Fell down while skiing, and had a bone fracture)

The period you were absent due to the above-mentioned injury or illness (claim period).
From [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Date]
To [Heisei] / [Reiwa] [Year][Month][Date] For [] day(s)

Situation of medical treatment
(e.g. Hospitalised for surgery on xx Nov. Discharged from hospital on xx Nov. After discharge, recuperating at home and go to the hospital x times a month.

Do you receive Old-age Employees' Pension?
[Yes] / [No] / [Pending application]
If "Yes", attach a copy of the "Pension Certificate".

Do you receive Disability Employees' Pension or Disability Allowance?
[Yes] / [No] / [Pending application]
If "Yes", attach a copy of the "Pension Certificate".

Date of Birth: [Showa] / [Heisei]
[Year][Month][Date]

Date of withdrawal from membership:
[Heisei] / [Reiwa]
[Year][Month][Date]

Date of Onset or Injury:
[Heisei] / [Reiwa]
[Year][Month][Date]

Name of Insured Person

(1/2)

フリガナ

ハナツバキ タロウ

花椿 太郎

昭和 平成 令和 年 月 日

昭和 平成 令和 年 月 日

昭和 平成 令和 年 月 日

Was it caused by any third-party action?
[Yes] / [No]

平成 令和 年 月 31 日まで 31 日間

*Please provide specific details of symptoms, daily living conditions and how to recuperate during the period of absence.

○月○日に手術のため入院した。○月○日に退院。

病院に通っています。

詳しくご記入ください

"Yes" or "Pending application":
Basic Pension Number []

"Yes" or "Pending application":
Name of the injury or disease that caused the payment []

【医療機関様へのお願い】※意見書は、必ず全項目のご記入をお願いします。

傷病名	発病(負傷)の原因
上記傷病の診療開始日	○平成
労務不能と認めた期間	○平成 ○令和
上記のうち入院期間	○平成 ○令和
上記期間中における傷病の主たる状態および労務不能と認めた理由	
経過症状より令和	
上記のとおり相違ありません。証明口 令和 年 月 日	
医療機関所在地	
医療機関名称	
医師の氏名	

Please ask the Dr. to give an opinion and fill in here.

療養担当者の方へ

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

※下

※

事業主証明欄

2/2)

日間

Section for certification from employer ×】【年休＝△】【公休日＝□】と該当日に表示してください。

出勤状況	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		欠勤	日
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		出勤	日

事業主の方へ
ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で
抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

上記

請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し請求者に支給します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

在職中の請求

Please fill in this section if you are currently employed. (Delegate receipt of benefits to the employer)

"I delegate the receipt of benefits to the above-mentioned employer."

Reiwa [Year][Month][Date]

令和 年 月 日

Address of Insured Person

被保険者住所

Name of Insured Person

被保険者氏名

在職中の方はこちらをご記入ください

退職後の請求

Please fill in this section if you have retired.

"In the current claim period, I have not received any employment income or basic benefits of employment insurance (unemployment benefits).
I affirm that the above statements are true and correct."

令和 年 月 日

Address of Insured Person

被保険者住所

Name of Insured Person (applicant)

被保険者氏名

退職後の方はこちらをご記入ください

支店 出張所

Detail of Bank Account for transfer

[Name of Banking institution]	[Bank] / [Shinkin Bank] / [Agricultural Cooperative Society]	[Name of Branch]	[Branch] / [Sub-Branch]
[Saving account] / [Current account]		[Account Number]	
[Furigana of Name of Account Holder](in Katakana)			
[Name of Account Holder]			

石 我 八 (漢 字)

受付印