

**健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 回)**  
**Claim for Injury and Sickness Allowance/Additional Sum (No. )**

年 月 日提出  
 Date submitted (Y/M/D): / /

被保険者(請求者)が記入するところ To be filled out by insured person (claimant)	被保険者記号・番号 Insured person code and no.	—	事業所の名称 Employer name		
	被保険者の氏名 Name of insured person		所属・電話番号 Section/tel.	( )	
	住所/Address 電話番号/Tel.	〒 ( )			
	傷病名 Sickness/injury name		発病又は負傷の年月日 Date of sickness/injury (Y/M/D)	年 月 日 / /	
	発病の状態又は負傷の原因を詳しく Condition of sickness or cause of injury (detailed)	交通事故など相手の行為による傷病ですか (はいの場合、別途届出が必要です) Was the sickness or injury caused by the actions of another party (e.g., traffic accident for which you were not at fault)? (If "Y," a separate notice is required.)		いいえ ・ はい N / Y	
		業務上の傷病ですか Is the sickness or injury occupational?		いいえ ・ はい N / Y	
		通勤途上の傷病ですか Did the sickness or injury occur while commuting?		いいえ ・ はい N / Y	
	病気またはけがのため 休んだ期間 Period taken off from work due to sickness or injury	From (Y/M/D): 年 月 日から / /	日間 ただし ( ) 日は出勤のため除く Days Not including ( ) days worked during this period	To (Y/M/D): 年 月 日まで / /	
	上記に記載した期間に報酬を受けましたか。又は、受けられますか。 Did you, or are you eligible to, receive pay during the above period?	受けた ・ 受けない Received/Not received	報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその期間 Period for which you received (or are eligible to receive) pay	From (Y/M/D): 年 月 日から / /	To (Y/M/D): 年 月 日まで / /
	障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか (受給している場合は、年金額を証明するものを添付のこと) Are you receiving benefits from Disability Employees' Pension or Disability Allowance? (If "Y," attach documentation of the amount of pension benefits.)	いいえ ・ 請求中 ・ はい N / Now applying / Y		年金番号 Pension no.	
		年金額 Pension amount			
老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか (受給している場合は、年金額を証明するものを添付) Are you receiving benefits from an old age pension or public pension because you are retired? (If "Y," attach documentation of the amount of pension benefits.)	いいえ ・ 請求中 ・ はい N / Now applying / Y		年金番号 Pension no.		
			年金額 Pension amount		
入院したとき If hospitalized	病院診療所の名称・所在地 Name and address of hospital or clinic				
	入院期間 Period hospitalized	From (Y/M/D): 年 月 日から / /	To (Y/M/D): 年 月 日まで / /	日間 days	
受取委任の欄 Proxy receipt	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任し、給料と合わせて受給することに同意します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) I hereby authorize my employer to receive the benefits covered by this claim as my proxy and consent to receive them together with my salary. (This section does not need to be filled out if you are a Voluntarily and Continuously Insured Person.) 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 被保険者(請求者)氏名 Name of insured person (claimant)				

記号番号 Code/No.	—	被保険者氏名 Name of insured person	
------------------	---	----------------------------------	--

事業主が記入するところ To be filled out by employer	傷病により労務に服さなかった期間 Period not worked due to sickness or injury	From (Y/M/D): / /	年 月 日から	To (Y/M/D): / /	年 月 日まで	日間 days																									
	上記期間中に報酬を支給したとき (支給すべきものであること) Period for which compensation paid during the above period (Compensation must refer to payable compensation.)	From (Y/M/D): / /	年 月 日から	To (Y/M/D): / /	年 月 日まで	日間 days																									
	下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。 欠勤・休職等は×、出勤は○、有給休暇(年休・特休等)は△、休日(会社が休みの日)は休で表示してください。 Enter details below for the employee's attendance during the period not worked. Enter an x mark for a day absent or on leave, a circle for a day worked, a triangle for a day of paid leave (annual vacation, special leave, etc.), and "off" for days off (days the company was closed).																														
	年 月 (Y/ (M)	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
年 月 (Y/ (M)	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
上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above information is correct. 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 事業主の所在地/Employer address 名称/Organization name 氏名/Personal name 電話/Tel. ( )																															

療養を担当した医師が意見を記入するところ Opinion to be provided by doctor in charge of treatment	傷病名 Sickness/injury name																														
	発病又は負傷の年月日 Date of sickness or injury (Y/M/D)	年 月 日 / /	療養の給付を開始した年月日 Date medical care benefits began (Y/M/D)																												
	発病又は負傷の原因 Cause of sickness or injury																														
	労務不能と認められた期間 Period recognized as unable to work	From (Y/M/D): / /	To (Y/M/D): / /	年 月 日から 年 月 日まで 日間 days																											
	上記期間中に入院した期間がある場合 Period hospitalized during the above period (if any)	From (Y/M/D): / /	To (Y/M/D): / /	年 月 日から 年 月 日まで 日間 days																											
	*受診日に○をしてください。/Circle examination dates below																														
年 月 (Y/ (M)	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
年 月 (Y/ (M)	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
傷病の主状態及び経過概要 Summary of sickness or injury and prognosis																															
上記のとおり相違ないことを証明します。 I certify that the above information is correct. 年 月 日 Date (Y/M/D): / / 住所(所在地) /Address 医療機関名/Name of medical care institution 氏名/Doctor's name 電話/Tel. ( ) Ⓢ (自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)																															

<事業主の方へ>

1. 被保険者の資格喪失後の期間については事業主の証明は必要ありません。
2. 基本的に事業主には押印を求めず、訂正時のみ訂正印の押印を求めています。 又事業主欄の訂正箇所には事業主の印を押印してください。

<医療機関の方へ>

1. 労務不能と認められた傷病の症状、経過をわかりやすく記入してください。
2. 合併症の場合はすべての疾病について記載してください。
3. 上記医師意見書欄と同一様式であれば、診断書作成システム傷病手当金請求書の添付(医師印鑑が必要)でも結構です。

To the employer:

1. No certification is required for periods for which the insured person was not eligible for insurance coverage.
2. In principle, the employer's seal is not required except for corrections. Additionally, affix the employer's seal to any corrections made in spaces to be filled out by the employer.

To the medical care institution:

1. Please describe the symptoms of and prognoses for the sickness or injury due to which the patient was deemed unable to work, in easily understandable terms.
2. Describe any complications in detail.
3. In place of providing the above information, you may attach a Claim for Injury and Sickness Allowance prepared using your diagnosis system as long as it has the same format as spaces above for the doctor's opinion (the doctor's seal is required).