

記入例
Example of completed form

健康保険 傷病手当金・傷病手当付加金請求書 (第 2 回)
Claim for Injury and Sickness Allowance/Additional Sum (No. 2)

			年 月 日 提出 Date submitted (Y/M/D): <input type="radio"/> / <input type="radio"/> / <input type="radio"/>		
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.	123 — 4567	事業所の名称 Employer name	___ Pharmaceutical Company Limited	
	被保険者の氏名 Name of insured person	Taro Kempo		所属・電話番号 Section/tel.	___ Div., ___ Dept. 999 (9999) 9999
	住所/Address 電話番号/Tel.	〒 000-0000 1-1 ___-cho, ___-ku, ___ 999 (9999) 9999			
	傷病名 Sickness/injury name	医師の診断による病名を記入ください。 Enter the name of the sickness from the doctor's diagnosis.	発病又は負傷の年月日 Date of sickness/injury (Y/M/D)	2009 / 2 / 3	
	発病の状態又は Sickness/injury name	Fell down stairs at home after a misstep	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 <input checked="" type="radio"/> N はい <input type="radio"/> Y	
	傷病欠勤で休んだ日から記入ください。待機の3日間が有給休暇等の場合は、その日にちから記入してください。 Enter the first date absent due to sickness or injury as the start date. If you take paid leave, etc. for the three days before your absence due to sickness or injury, start with the first of those three days.	発病の状態又は Sickness/injury name	業務上の傷病ですか Is the sickness or injury occupational?	いいえ <input checked="" type="radio"/> N はい <input type="radio"/> Y	
	発病の状態又は Sickness/injury name	発病の状態又は Sickness/injury name	通勤途上の傷病ですか Did the sickness or injury occur while commuting?	いいえ <input checked="" type="radio"/> N はい <input type="radio"/> 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): 2009 / 2 / 3 To (Y/M/D): 2009 / 3 / 13 39 日間 ただし () 日は出勤のため除く Not including () days worked during this period			
	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 受けられる・受けられない Eligible/Ineligible	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): / / To (Y/M/D): / /	
	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 <input checked="" type="radio"/> N 請求中 <input type="radio"/> Y はい <input type="radio"/> Y	同一の傷病について障害厚生年金、障害手当金を受けることとなったときは、傷病手当金を支給しません。ただし、障害厚生年金・障害手当金の合計額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額を支給します。 Injury and Sickness Allowance will not be paid if you receive Disability Employees' Pension or Disability Allowance for the same sickness or injury. However, if 1/360 of the total annual amount of Disability Employees' Pension and Disability Allowance is less than the daily amount of the Injury and Sickness Allowance, the difference in amounts will be paid.		
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 <input checked="" type="radio"/> N 請求中 <input type="radio"/> Y はい <input type="radio"/> Y	退職後に傷病手当金の継続給付を受けている人が老齢厚生年金の受給者になったときは、傷病手当金は支給しません。ただし、年金額の360分の1が傷病手当金の日額より低い場合は、その差額を支給します。 Injury and Sickness Allowance will not be paid once a person continuing to receive the allowance after retirement becomes a beneficiary under the Old-Age Employees' Pension. However, if 1/360 of the pension annual amount is less than the daily amount of the Injury and Sickness Allowance, the difference in amounts will be paid.			
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	___ Surgical Hospital 1-1 ___-cho, ___-ku, ___			
	入院期間 Period hospitalized	From (Y/M/D): 2009 / 2 / 3 To (Y/M/D): 2009 / 2 / 28 26 日間			
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)				
		Taro Kempo			

記号番号 Code No.	123 — 4567	被保険者氏名 Name of insured person	Taro Kempo
------------------	------------	----------------------------------	------------

こちらに記号番号と氏名を記入してください。
Enter your code, no., and name here.

傷病欠勤で休んだ日から記入ください。
待期の3日間が有給休暇等の場合は、その日にちから記入してください。
Enter the first date absent due to sickness or injury as the start date. Start with the first date, even if the first three days for the waiting period are treated as paid leave, etc.

上記期間中に報酬を支給したこと (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.)	2009年2月3日から2009年3月13日まで39日間 From (Y/M/D): / / To (Y/M/D): / / days
	2009年2月3日から2009年2月5日まで3日間 From (Y/M/D): / / To (Y/M/D): / / 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).

2009年2月 2009 (Y)/ 2 (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
			△	△	△	×	休 Off	休 Off	×	×	休 Off	×	×	休 Off	休 Off	×	×	×	×	×	休 Off	休 Off	×	×	×	×	×	休 Off			
2009年3月 2009 (Y)/ 3 (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
	休 Off	×	×	×	×	×	休 Off	休 Off	×	×	×	×	×																		

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. ()

勤怠状況および報酬の支払いに関し、事業主の証明が必要です。
Employer certification of work attendance and pay is required.

傷病名 Sickness/injury name	頭部裂傷 腰部骨折 Laceration of the head, hip fracture		
発病又は負傷の年月日 Date of sickness or injury (Y/M/D)	2009年2月3日 / /	療養の給付を開始した年月日 Date medical care benefits began (Y/M/D)	2009年2月3日 / /
発病又は負傷の原因 Cause of sickness or injury	自宅階段で足を踏みはずし転倒したため Fell down stairs at home after a misstep		
労務不能と認められた期間 Period recognized as unable to work	2009年2月3日から2009年3月13日まで39日間 From (Y/M/D): / / To (Y/M/D): / / 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)	2009年2月3日から2009年2月28日まで26日間 From (Y/M/D): / / To (Y/M/D): / / 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): / /

医師/Doctor 住所(所在地)/Address
医療機関名/Name of medical care institution
氏名/Doctor's name
電話/Tel. ()

Ⓢ
(seal)
(自署の場合は押印不要)
(No seal required with signature)

療養に関し、医師の意見と証明が必要です。
A doctor's opinion and certification are required for treatment.

- <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).