

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.)

※3ページ目の「同意書」は初回のみご提出ください。

* Please submit the "Consent Form" on page 3 only for your first application.

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 pers	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 (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)	第三者の行為(交通事故など)による傷病ですか Was the sickness or injury caused by the actions of a third party (e.g., a traffic accident)? (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(今後受ける)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 hospital or clinic				
	入院期間 Period hospitalized	From (Y/M/D): 年 月 日から / /	日間 days		
	To (Y/M/D): 年 月 日まで / /				
振込先の確認 Payment Destination	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <input type="checkbox"/> 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. ※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください) *If using a public funds receipt account pre-registered on Myna-portal, etc., instead of the above account ⇒ <input type="checkbox"/> (Please check [✓])				

武田薬品健康保険組合
Takeda Health Insurance Society

©武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。
 ©任意継続・継続給付の方は、「日常生活療養状況申立書」と初回申請時に「同意書」の提出をお願いします。
 ©公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。
 © If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details). If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.
 © If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person or a person receiving continuous benefits, please submit a "Statement of Daily Life and Medical Care Status" and, upon your first application, a "Consent Form."
 © If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.

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(する)ときの支給期間 Period for which compensation was (or will be) paid during the above period.)	From (Y/M/D): / /	年 月 日から	To (Y/M/D): / /	年 月 日まで	日間 days																										
上記期間に支給した報酬額 Amount of compensation paid during the above period		円 Yen			円 Yen																										
賃金の種類 Wage type (circle the applicable one)	月給・日給月給・日給・時給・その他() Monthly wage / Daily-rated monthly wage / Daily wage / Hourly wage / Other ()																														
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	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
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. Date (Y/M/D): / / 年月日 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)	年 月 日 / /																												
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): / /	年 月 日から	To (Y/M/D): / /	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): / /	年 月 日から	To (Y/M/D): / /	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. Date (Y/M/D): / / 年月日 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. () Ⓢ (自署の場合は押印不要) (No seal required with signature)																															

<事業主の方へ>
1. 「傷病により労務に服さなかった期間」の報酬額(無い場合も含む)が確認できる給与明細等を提出いただく場合があります。
2. 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。
3. **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。**

To the employer:
1. You may be asked to submit pay slips or other documents that verify the amount of compensation (including cases where no compensation was paid) for the "Period not worked due to sickness or injury."
2. No certification is required for periods for which the insured person was not eligible for insurance coverage.
3. **Affix the employer's seal to any corrections made in spaces to be filled out by the employer.**

<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でも結構です。

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).

社会保険労務士 記載欄

同意書/Consent Form

令和 年 月 日
Date[Y] / [M] / [D] / / /

武田薬品健康保険組合
理事長 殿

To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、武田薬品健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等其他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。

In making decisions regarding the payment of Injury and Sickness Allowance based on the Health Insurance Act, I hereby consent to the Takeda Health Insurance Society inquiring with relevant institutions about my health insurance enrollment records, benefit records, medical care benefit records, medical history, and information regarding the receipt of insurance benefits under other laws and regulations such as pensions. I also consent to the relevant institutions responding to the above inquiries.

※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等をさします。

*"Relevant institutions" refers to previous health insurers, medical institutions, pension offices, etc.

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

*If there are multiple inquiries, a copy of this Consent Form shall also be treated as valid.

記号・番号(Code/No.) _____

被保険者氏名(Name of insured person) _____

連絡先電話番号(Contact telephone number) _____