

◎この申請書は3枚一組です。This application form is a set containing three pages.

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk

健康保険
Health insurance

傷病手当金請求書・同意書
Claim for Injury and Sickness Allowance

提出日 2024年12月01日
Date of submission __/__/__ (YYYY/MM/DD)

① 被保険者等 記号・番号 Symbol and Number of Insured person, etc.	記号 Symbol 1234 番号 Number 12345678 <small>※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the symbol/number is unknown, please enter your employee number in the number field.</small>	② 被保険者 氏名 Name of Insured Person John Smith
③ あなたの仕事 内容(具体的に) Your Occupation (be specific) Product marketing <small>※退職日以降の期間を請求する場合、退職前の業務内容をご記入ください。 * In the case of a claim for a period starting on or after the date when you left your employer, please enter the description of your work from before you left your employer.</small>	④ 生年月日 Birth Date 1975年06月01日 __/__/__ (YYYY/MM/DD)	
⑤ 被保険者の (請求者)現住所 Address with Zip Code of Insured Person (Applicant)	(〒 -) Please fill in your current address	
⑥ メールアドレス Email Address	@	

同意書 Letter of consent

FR健康保険組合 理事長殿 To the FR Health Insurance Organization Chairman of the Board:

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、FR健康保険組合が関係機関に対して、健康保険加入記録・保険給付記録・療養の給付記録・診療記録・年金等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FR健康保険組合の照会に対し回答をすること、及びFR健康保険組合がその回答を得ることに同意いたします。

In line with the decision to pay an Injury and Sickness Allowance based on the Health Insurance Act, I hereby agree to allow the FR Health Insurance Organization to inquire with related organizations regarding my health insurance enrollment record, insurance benefit record, medical care benefit record, medical treatment record, pension, and other information related to the receipt of insurance benefits in line with relevant laws and regulations, and I also agree to allow these related institutions to respond to inquiries from the FR Health Insurance Organization and to allow the FR Health Insurance Organization to obtain these responses.

※ 関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。

* Related institutions include past insurers, medical care institutions, pension offices, etc.

2024年12月01日
__/__/__ (YYYY/MM/DD)

被保険者氏名 Name of insured person

John Smith

給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。

In general, benefits will be paid to the salary transfer account.

尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る)

If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured)

<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 注) 口座情報の反映には、登録した数日後に要します。 Note: It takes several days for the account information to be reflected after registration.
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等以外で事前登録した口座を利用します。 I want benefits to be paid to a receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. other than the salary transfer account. 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は
健保組合までご相談ください。

* If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number,
please consult with the FR Health Insurance Organization.

2 ページ目に続きます。
Continued on page 2.

受付日付印
Reception date stamp

◎この申請書は3枚一組です。This application form is a set containing three pages.

健康保険
Health insurance

傷病手当金請求書 ・ 同意書
Claim for Injury and Sickness Allowance

被保険者氏名 Name of Insured Person	John Smith
----------------------------------	------------

⑦ 傷病名 Name of Illness or Injury	Clavicle fracture	⑧ 発病または 負傷の年月日 Date of Illness Onset or Injury	2024年10月15日 — / — / — (YYYY / MM / DD)
⑨ 傷病の原因 について Cause of Illness or Injury	<input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input checked="" type="checkbox"/> その他(I slipped and fell down the stairs of my house one night, resulting in a bone fracture.) Unknown Traffic accident An act by a third party Other () ※ 仕事中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず健康保険組合と勤務先にご連絡ください。 * In the case of an injury that occurs while you are at work, while you are commuting to work, or as the result of a traffic accident or act by a perpetrator, be sure to contact FR Health Insurance Organization and place of employment. ※ 仕事中や通勤途上の労災に該当する場合は請求できません。 * In the case of an injury due to an industrial accident that occurs while you are at work or while you are commuting to work, no claim can be made.		
⑩ 療養の為に 休んだ期間の傷病の 状態を詳しく Details of Condition of Illness or Injury during Medical Care Leave	症状 Symptoms : Please describe in detail the symptoms of the illness or injury as well as your medical care status and the doctor's instructions. 医師からの指示等 Instructions from a doctor, etc.		
⑪ 療養のために 休んだ期間 (請求期間) Leave Period for Medical Care (claim period)	2024年10月16日から From — / — / — (YYYY / MM / DD) to 2024年10月31日まで 16 日間 — / — / — (YYYY / MM / DD) Days		⑫ 請求期間に報酬を 受けましたか また今後受けますか Did you receive remuneration during the claim period? Are you entitled to receive remuneration in the future?
⑬ 「障害年金」または 「障害手当金」を 受給していますか Are you receiving a Disability Pension or Disability Allowance?	はい Yes いいえ No 請求中 Claim pending	受給している ものにチェック Tick all benefits you are receiving. <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 Disability Employees' Pension <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 Disability Basic Pension	※ 請求中の場合は誓約書が必要 となります。 * If your claim is pending, you will need to submit an additional written pledge. ※ 年金額に変更が生じた際には ご連絡ください。
⑬で「はい」もしくは 「請求中」の場合 If you answered "Yes" or "Claim pending" in ⑬, please indicate the name of the illness or injury and pension amount.	傷病 Name of the illness or injury 年金 Pension amount 2024年10月15日 — / — / — (YYYY / MM / DD)		
⑭ 《退職者の場合》 老齢または退職に よる公的年金を 受給していますか <For Retired Persons> Are you receiving public pension due to old age or retirement?	はい Yes いいえ No 請求中 Claim pending	⑭で「はい」もしくは 「請求中」の場合 If you answered "Yes" or "Claim pending" in ⑭, please indicate the basic pension number and payment start date.	基礎年金番号 Basic pension number 支給開始日 Payment start date 2024年10月15日 — / — / — (YYYY / MM / DD)

医師証明は3ページ目に続きます。
Continued with the doctor's proof on page 3.

提出先 Submission recipient	※担当医師より、労務不能の意見の記入を受けた後、以下の宛先へご提出ください。 * After receiving your doctor's opinion that you are unable to work, please submit the form to the appropriate recipient below.	
在籍中の期間についての請求 Claims filed while enrolled	〒754-0894 山口県山口市佐山10717-1 (TEL:083-988-0306) 10717-1 Sayama, Yamaguchi, Yamaguchi Prefecture 754-0894 (Tel.: 083-988-0306) ㈱ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム Payroll and Benefits Team, FAST RETAILING CO., LTD.	
資格喪失後の期間についての請求 Claims filed after the loss of eligibility	〒135-0063 東京都江東区有明1-6-7 (TEL:03-6865-0005) 1-6-7 Ariake, Koto-ku, Tokyo 135-0063 (Tel.: 03-6865-0005) FR健康保険組合 給付担当 Person in charge of benefits, FR Health Insurance Organization	

⑮ 患者氏名 Name of Patient	⑯ オンライン診療や患者の転居等により証明書 原本のお渡しが困難で、PDFで交付した場合 In cases where it is difficult to hand over the original certificate due to the medical consultation being online or patient relocation, and it was issued as a PDF		<input type="checkbox"/>
⑰ 傷病名 Name of Injury or Sickness	(1) (2)	⑱ 療養の給付 開始年月日 (初診日) Medical Care Benefit Start Date (First Visit Date)	(1) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 — / — / — (YYYY / MM / DD) (2) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 — / — / — (YYYY / MM / DD)
Ask your doctor to fill out			
⑲ 発症 負傷の日付 Date of Illness Onset or Injury	— / — / — (YYYY / MM / DD)		発症の事由 Cause of Illness or Injury
⑳ 労務不能と 認めた期間 Recognized Period for Inability to Work	From <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 to <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 — / — / — (YYYY / MM / DD) to — / — / — (YYYY / MM / DD) 日間 Days		
㉑ 診療実日数 Actual Number of Days of Medical Treatment	月 <input type="text"/> (MM) 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 診察日を○で囲んでください Please circle the number of days of medical treatment.		日間 days
㉒ ⑳の期間中に入院 した場合にその期間 Period of Hospitalization if Hospitalized During the Period in ⑳	From <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 to <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 — / — / — (YYYY / MM / DD) to — / — / — (YYYY / MM / DD) 日間 Days		療養の別 Medical care type 転帰 Outcome
㉓ ⑳の期間中における 傷病の主状態及び 経過の詳細について Main symptoms and progress details of Injury or Sickness During the Period in ⑳	健保・自費・公費()・その他 Health Insurance / Out of pocket / Public expenditure () / Other 治癒・繰越・中止・転医 Recovered / Ongoing / Stopped / Doctor changed		
㉔ 通院指導について Regarding outpatient guidance	1. 入院中 2. 日おきに通院 3. 週に回通院 4. 月に回通院 1. Hospitalized 2. Outpatient visit every days 3. Outpatient visit times a week 4. Outpatient visit times a month 5. ケ月に1回通院 6. 指示していない (指示をしない理由を備考欄にご記入ください。) 5. Outpatient visit once every months 6. Not instructed (Please state the reason for not giving instructions in the Remarks column.) 【備考】Remarks		
The allowance will be provided for the period lasting until the date upon which the doctor stated that "I hereby certify that the above is correct". Even if the doctor has certified a date later than this, the allowance will not be provided. Example: "Recognized Period for Inability to Work": The 16 days from October 16 to October 31, 2024 "I hereby certify that the above is correct": <u>October 30, 2024</u> Unacceptable (This date must be after the end of the period.)			
上記のとおり相違ありません。 I hereby certify that the above is correct		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 — / — / — (YYYY / MM / DD)	
医療機関所在地 Location of the medical care institution			
医療機関名称 Name of the medical care institution			
電話番号 Phone number		()	
医師の氏名 Name of the doctor		※医療機関名等ゴム印を押印ください。 * Please stamp the name of the medical care institution, etc.	

【医師へのお願い】 [Requests for the doctor]

労務不能と認めた期間は、未来の証明はお受けできません。

Note that it is not possible to receive future proof of the Recognized Period for Inability to Work.

内容により、保険者より照会をさせていただくことがありますので予めご了承ください。

Please note that, depending on the details, the insurer might inquire with you.

訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

To make a revision, please cross out the incorrect information with two lines, and then enter the correct details and provide a certifier signature.