1枚目 （被保険者記入用）
◎この申請書は2枚一組です。

常務理事	事務長	担当	係

健康保険　傷病手当金請求書 ・ 同意書

提出日　　年　　月　　日

① 被保険者等記号と番号	記号　　番号 ※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。	② 被保険者氏名	
③ あなたの仕事内容（具体的に）	※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。	④ 生年月日	年　　月　　日
⑤ 被保険者の（請求者）現住所	（〒　　－　　） TEL　　（　　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
⑥ メールアドレス	＠ ※電話での連絡が難しく、メールでの連絡を希望される場合にはメールアドレスをご記入ください。		
⑦ 傷病名		⑧ 発病または負傷の年月日	年　　月　　日
⑨ 傷病の原因について	□不詳　□交通事故　□第三者行為によるもの　□その他（　　） ※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。 ※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。		
⑩ 療養の為休んだ期間の傷病の状態を詳しく	症状　： 医師からの指示等　：		
⑪ 療養のために休んだ期間（請求期間）	年　月　日から　　日間 年　月　日まで	⑫ 労災保険からの休業給付補償の申請をしていますか	はい ・ いいえ
⑬「障害年金」または「障害手当金」を受給していますか	はい ・ いいえ ・ 請求中	受給しているものにチェック	□ 障害厚生年金 □ 障害基礎年金 □ 障害手当金 ※ 請求中の場合は誓約書が必要となります。 ※ 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	傷病名		基礎年金番号
	年金年額　　円		支給開始日　　年　　月　　日
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	はい ・ いいえ ・ 請求中	⑭で「はい」もしくは「請求中」の場合	基礎年金番号
			支給開始日　　年　　月　　日

同 意 書

FR健康保険組合　理事長殿

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。

※ 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。　　令和　　年　　月　　日

被保険者氏名

〔注意事項〕

1. 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。
2. 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
   給与口座以外への振込を希望される方は、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を添付してください。（振込は被保険者本人名義の口座に限ります。）

医師証明は2ページ目に続きます。

受付日付印

提出先	※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。
在籍中の期間についての請求	〒754-0894　山口県山口市佐山10717-1　（TEL:083-988-0306） ㈱ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム
資格喪失後の期間についての請求	〒135-0063　東京都江東区有明1-6-7　（TEL:03-6865-0005） FR健康保険組合　給付担当

2枚目 （療養担当者記入用）

傷病手当金請求書
（2枚一組での申請になります）

⑮ 患者氏名		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	□
⑰ 傷病名	(1) (2) (3)	⑱ 療養の給付開始年月日（初診日）	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
⑲ 発病または負傷の年月日	年 月 日	⑳ 発病または負傷の原因	
㉑ 労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
㉒ 診療実日数 診療日を〇で囲んでください。	月 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 日間 月 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 日間		
㉓ ㉑の期間中入院した場合にはその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養費の別 転帰	健保・自費・公費（ ）・その他 治癒・繰越・中止・転医
㉔ ㉑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			
㉕ 通院指導について	1. 入院中 2. 日おきに通院 3. 週に 回通院 4. 月に 回通院 5. ヶ月に1回通院 6. 指示していない （指示をしていない理由を備考欄にご記入ください。） 【備考】		
㉖ ㉑の期間における治療内容、検査結果療養指導等（詳しく）		㉗ 投薬の有無	あり ・ なし
㉘ 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的所見			

上記のとおり相違ありません。 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名称
電話番号 （ ）
医師の氏名

※医療機関名等ゴム印を押印ください。

【医師へのお願い】
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。
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。
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。