

Health Insurance Application for Injury and Illness Allowance (Time[s])

Section to be filled out by the insured person	Health insurance card code and number	Code Number	Date individual became eligible as an insured person	(Y)	(M)	(D)	Date individual lost eligibility as an insured person (If after loss)	(Y)	(M)	(D)	
	Name and seal of insured person (claimant)	Furigana			Address of insured person (claimant)		〒				
	Date of birth	(Y)	(M)	(D)	TEL		()				
	Office and department	(Department)			TEL		()		(Extension)		
	Name of injury or illness						Date of injury or onset of illness	(Y)	(M)	(D)	
	Describe cause and state of the injury or onset of illness in detail						Did a third party cause the illness or injury?	No / Yes			
	Period of leave taken for treatment of the illness or injury	(Y)	(M)	(D)	to	(Y)	(M)	(D)	days		
	Is or will compensation (wages) be provided for any part of the leave above?	In the past		Yes / No			In the future		Yes / No		
	Amount and period compensation has been or will be paid and the basis for that compensation			(Y)	(M)	(D) to					
				(Y)	(M)	(D)	yen per day				
	Payment of employee disability pension or allowance	Yes	·	No	·	Under application	Basic pension number	-			
	Name of covered illness						Employee disability pension / Disability allowance	yen			
	Insured persons with optional and continued insurance or individuals no longer eligible for insurance coverage	Availability of public pension due to age or retirement			Pension code			Amount of pension			
		Yes · No · Under application						yen			
		Proof of unemployed/lack of income		(Y)	(M)	(D) to	days I was not employed and had no income.				
			(Y)	(M)	(D)						

Name of financial institution to which payment is remitted	Bank Credit union		Central branch branch
	Branch number	Savings / Checking	Account number
	Name of account holder (Furigana)		

*Please make sure to fill in the bank account owned by the insured person.

組合使用欄	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日		日間	
	<input type="checkbox"/> 12月間以上	被保険者平均標準報酬月額	千円	健保組合平均標準報酬月額	千円
	<input type="checkbox"/> 12月間未満	支給日額 () 円 × 支給日数 () 日間 = () 円		支給額 () 円	

To the Executive Head of the Western Digital Technologies Health Insurance Association

社会保険労務士の提出代行記載欄

※第一回目の請求は、出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日締 日払		
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	報酬を全額又は一部支給した(する場合)	支給期間		支給額	日額	支払日
			年 月 日から 年 月 日まで				
			年 月 日から 年 月 日まで				
			年 月 日から 年 月 日まで				
			年 月 日から 年 月 日まで				
	現在まで又は将来も支給しない場合	年 月 日から 年 月 日まで	の分の報酬は、現在までも又将来も支給しません。				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日							
所在地							
事業主							
名 称							
氏 名							
電 話							

療養を担当した医師が意見をかくところ	傷 病 名					
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日		年 月 日			
	療養の給付を開始した年月日		年 月 日			
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷 病 の 主 状 態 及 び 経 過 概 要					
	う え の 期 間 中 に 入 院 し た 期 間 が あ る 場 合 は そ の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	入 院 の 費 用 の 別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
所 在 地						
医 師 医 療 機 関 名						
氏 名						
電 話						

Remarks	Individual Number (not required when entering the health insurance card code and number of the insured person)	
	<p>*If you included your Individual Number, please attach the documents below to verify your Individual Number and identity. One of the following: (1) Copy of the Individual Number notification card (front side), (2) copy of a certificate of residence including the Individual Number, or a (3) copy of the Individual Number card (both sides) - Include one of the following as well when attaching (1) or (2) above: copy of driver's license or copy of passport</p>	