

※黄色部分のみご記入ください

|                                                                                                          |                                       |                      |                             |                       |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|------|
| ① 被保険者等<br>記号番号                                                                                          | 〇〇〇                                   | 〇〇〇                  | ② 事業所                       | 大阪本社・東京本社・退職済         |      |
| ③ 傷病名                                                                                                    | ※医師から診断された傷病名を<br>ご記入ください             |                      | ④ 業務の種類                     | (例)経理担当事務、システムエンジニア 等 |      |
| ⑤ 発病または<br>負傷の<br>原因・状況                                                                                  | いつ(発生日時)                              | 令和 〇 年 〇 月 〇 日       | 午前・午後 〇 時 〇 分頃              | ⑥ 第三者行為に<br>よるものですか   |      |
| 〔なるべく<br>くわしく〕                                                                                           | どこで(場所)                               | ※詳しくご記入ください          |                             |                       | ・はい  |
|                                                                                                          | なにをしていて                               |                      |                             |                       | ・いいえ |
|                                                                                                          | どのようにして                               |                      |                             |                       |      |
|                                                                                                          | 負傷したか                                 |                      |                             |                       |      |
| 発病または負傷の原因は次の区分のうちいくつか                                                                                   |                                       |                      | 私用                          | 通勤の行き帰り               | 仕事中  |
| ⑦ 障害厚生年金・障害手当金受給の有無                                                                                      | (有)・無・請求中                             | ⑧ 有・請求中の場合は<br>その傷病名 | ※対象となる傷病名を<br>ご記入ください       |                       |      |
| ⑨ ※資格喪失後の方・任意継続被保険者の方は記入が必要となります                                                                         |                                       |                      |                             |                       |      |
| ⑩ 労災保険からの休業補償給付の有無<br>(過去の給付有無も含む)                                                                       | 有・無・請求中(請求先： 〇 〇 〇 労働基準監督署等)          |                      |                             |                       |      |
| ⑫ 病気または、けがのため休んだ期間<br>(申請期間)                                                                             | 令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで 〇 日間 |                      |                             |                       |      |
| ⑬ 上記の期間内で報酬を受けた期間                                                                                        | 令和 〇 年 〇 月 〇 日から令和 〇 年 〇 月 〇 日まで      |                      |                             |                       |      |
| 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、JAST健康保険組合が関係機関に対して、<br>給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金・当座給付記録等の提出を受けること、また、関係機関が上記照会の回答 |                                       |                      |                             |                       |      |
|                                                                                                          |                                       |                      | ※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください  |                       |      |
| ⑭ 被保険者の住所                                                                                                |                                       |                      | 〒 530 - 0005                |                       |      |
| 令和 〇 年 〇 月 〇 日                                                                                           |                                       |                      | 大阪府大阪市北区中之島〇-〇-〇 〇〇マンション〇号室 |                       |      |
| 氏名                                                                                                       |                                       |                      | 健保 太郎                       |                       |      |
| JAST健康保険組合 殿                                                                                             |                                       |                      | 日中のご連絡先 ( 06 ) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇  |                       |      |

※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。

※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。

事業主が証明するところ

※事業主記入欄

◆提出先 在籍者：大阪本社 退職者：J A S T 健康保険組合

◆照会先 JAST健康保険組合

〒530-0005 大阪市北区中之島二丁目3番18号 中之島フェスティバルタワー28階

TEL : 06-4560-1008 E-mail : [info@iastkenpo.or.jp](mailto:info@iastkenpo.or.jp)

J A S T 健康保險組合(2024.12)

|                    |  |
|--------------------|--|
| 患                  |  |
| 療養を担当した医師が意見を書くところ |  |
| ※医師記入欄             |  |
| ※どちらかに記入ください       |  |

|              |                                    |          |  |                                                           |  |          |  |               |  |                 |  |
|--------------|------------------------------------|----------|--|-----------------------------------------------------------|--|----------|--|---------------|--|-----------------|--|
| 被保険者が記入するところ | ※振込先口座を被保険者以外の方の口座に指定する場合のみご記入ください | ③ 振込先口座  |  |                                                           |  |          |  |               |  |                 |  |
|              |                                    | 公金受取口座   |  | 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<br>(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入) |  |          |  |               |  |                 |  |
|              |                                    | 〇〇       |  | 銀行<br>金庫<br>信組                                            |  | 〇〇〇〇     |  |               |  | 本店 〇支店<br>店・出張所 |  |
|              |                                    | 預金<br>種別 |  | ・普通<br>・当座                                                |  | 口座<br>番号 |  | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |  |                 |  |
|              |                                    | 口座<br>名義 |  | フリガナ ケンポ タロウ<br>健保 太郎                                     |  |          |  |               |  |                 |  |