1枚目
（3枚1組）

健康保険　傷病手当金支給申請書　第　　回目

被保険者（申請者）が記入する欄

①	健康保険の記号と番号	記号	番号	②	事業所名称
③	被保険者（申請者）の氏名			④	被保険者（申請者）の住所　〒
	生年月日	昭和・平成　年　月　日			日中の連絡先TEL（自宅・勤務先・携帯）　－　－
⑤	資格取得日	昭和 平成 令和　年　月　日	☐ 加入期間1年未満	⑥	あなたの仕事内容（具体的に）

⑦	傷病名	1）	発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日
		2）	発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日
		3）	発病または負傷年月日	平成 令和　年　月　日

⑧	傷病の原因（該当項目に☑を記入してください）	＜発病時の状況を詳しく記入してください＞ ☐ 病気 ⇒ ☐ 外傷（けが） ⇒ 第1回目申請時に**「負傷の原因について（回答書）」**を添付してください ※第三者行為・交通事故による傷病の場合は申請前に組合にご連絡ください
⑨	療養のために休んだ期間（申請期間）※公休日を含めて暦日で記入してください	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間
⑩	申請期間中の療養状況	⑩-1　申請期間中の病状を詳しく記入してください ⑩-2　申請期間中の医師からの治療に関する指示内容を記入してください

⑪	今回の申請は労災保険から休業補償を受けている期間のものですか（該当項目に☑を記入してください）	☐ いいえ　☐ 請求中　☐ 受給中	請求先（請求中・受給中の場合）	労働基準監督署
⑫	障害厚生年金または障害手当金を受給していますか（該当項目に☑を記入してください）	☐ いいえ　☐ 請求中　☐ 受給中	傷病名（請求中・受給中の場合）	
⑬	老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか（該当項目に☑を記入してください）	☐ いいえ　☐ 請求中　☐ 受給中	⑭ 介護保険法のサービスを受けたとき	保険者番号　被保険者番号 保険者名称

⑮	振込口座	金融機関名称	フリガナ 銀行　労金 信金　農協 信組　漁協 金融機関コード	フリガナ 本店 支店 出張所 店番コード	普通 当座	口座番号（右詰めで記入してください）
		口座名義（カタカナ）				

＜⑮振込口座について＞
- **被保険者（申請者）名義の口座**を記入してください
- 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑯委任状欄に記入のうえ代理人名義の口座を記入してください

給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状を記入してください

⑯	委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 被保険者（申請者）　住所　〒 氏名　㊞		
	受取代理人の欄	代理人の住所	〒	委任者との関係（○で囲んでください）
		代理人の氏名		・雇用主 ・その他（　　）

令和　年　月　日
受付日付印

印刷製本包装機械健康保険組合

2枚目
（3枚1組）

健康保険　傷病手当金支給申請書

事業主が証明する欄

⑰	健康保険の記号と番号	記号	番号	⑱	被保険者の氏名

⑲	労務に服さなかった期間 ※公休日を含めて暦日で記入してください	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間	出勤	日
		第1回目の申請時には必ず「出勤簿(写)」、「賃金台帳(写)」を添付してください 第2回目以降でも給与を支給した時は「出勤簿(写)」、「賃金台帳(写)」を添付してください	有給	日

⑳	上記の期間に対して賃金を支給しましたか？（○で囲んでください）	はい　⇒　㉒に内訳を記入ください	㉑	賃金計算	賃金締日と支払日	締日	日	支払日	当月 翌月　日
		いいえ			勤怠締日と控除日	締日	日	控除日	当月 翌月　日

㉒	支給した賃金	報酬の名称	支給期間 月　日から 月　日まで	支給期間 月　日から 月　日まで	支給期間 月　日から 月　日まで
			支給額	支給額	支給額
			□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
			□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
			□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
			□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
			□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
			□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
		通勤手当	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
		現物給与	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円	□ 全額支給 □ 一部支給　円
		計	円	円	円
		報酬が一部支給の場合（日割支給・欠勤控除）が行われている場合は算出式を記入してください			

㉓	給与の種類 （○で囲んでください）	月給　・　日給月給　・　歩合給　・　日給 時間給（　円）　・　その他（　）	㉔	復職状況	未復職 復　職　（　月　日）

㉕	持株会奨励金制度を導入している場合報酬に含めていますか（○で囲んでください）	は　い　⇒　報酬となりますので支給している場合㉒に記入ください いいえ

㉖	上記のとおり相違ないことを証明します ㉗ 令和　年　月　日 ※ ㉗は⑲「労務に服さなかった期間」の賃金支払日経過後に記入してください	担当者氏名	
		連絡先TEL	-　-
	事業所所在地　〒 事業所名称 事業主氏名 ※不正受給防止の観点から事業所の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）をご使用ください		

社会保険労務士の提出代行者	

印刷製本包装機械健康保険組合

3枚目
（3枚1組）

健康保険　傷病手当金支給申請書

療養担当者が意見を記入する欄

㉘	患者氏名				
㉙	傷病名	(1)		療養の給付開始年月日（初診日）	平成 令和　年　月　日
		(2)		療養の給付開始年月日（初診日）	平成 令和　年　月　日
		(3)		療養の給付開始年月日（初診日）	平成 令和　年　月　日
㉚	発病または負傷の年月日		平成 ・ 令和　年　月　日　発病 ・ 負傷		
㉛	発病または負傷の原因				
㉜	労務不能と認めた期間 ※公休日を含めて暦日で記入してください		令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間 ※当該者が㉙の傷病により療養のため労務に就くことが不能であると認めた期間をご記入ください		
㉝	診療実日数	日	診療日を○で囲んでください。		
㉞	㉜のうち入院期間		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで　日間		

㉟	手術年月日	令和　年　月　日	㊱	療養費用の別	健保 ・ 国保 ・ その他（　）	㊲	転帰	治ゆ・繰越・中止・転医

㊳

1．期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等詳しくご記入ください

2．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な所見

㊴	人工透析を実施または人工臓器の装着日	平成 ・ 令和　年　月　日	人工臓器等の種類（○で囲んでください）	人工肛門・人工関節・人工骨頭・人工透析 心臓ペースメーカー・その他（　）

㊵

上記のとおり相違ありません。

㊶　証明日　令和　年　月　日

医療機関の所在地　〒

医療機関の名称

医師の氏名　　電話番号　-　-

※不正受給防止の観点から医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）をご使用ください

第1回目のみ添付

印刷製本包装機械健康保険組合
理 事 長　様

同 意 書

健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定にあたり、印刷製本包装機械健康保険組合が関係機関に対して、私の給付記録、療養の給付記録、診療内容、診療履歴年金の受給状況等の照会を行うこと及び関係機関が上記照会に対し回答をすることに同意いたします。

また、本同意書の写しも有効とすることにも同意いたします。

※ 関係機関とは、以前に加入されていた保険者及び受診していた
医療機関、年金事務所等を指します。

令和　　年　　月　　日

健康保険　記号　　番号

住　　所

氏　　名　　印

※ 第1回目の申請時に必ずこの同意書を添付してください。（第2回目以降添付する必要はありません）