様式第１３号

国民健康保険傷病手当金支給申請書

◇支給対象期間において賃金を受けることができる場合には、その額の限度において給付は受けられません。

◆医師へのお願い　建設連合国保を使用した療養について証明をお願いします（ただし、他保険に関係なく主傷病名の初診日をご記入願います）。なお、傷病手当金の対象期間は入院のみになります。

組合員が記入する欄

被保険者記号・番号				
組合員氏名		生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
発病又は負傷年月日	平・令　　年　　月　　日	負傷（ケガ）の有無	有　・　無	※有の場合は負傷原因報告書（様式第20号）を提出してください。
療養のため入院し、業務に服することができなかった期間	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで（　　日間）			
上記期間中、賃金を受けた場合はその期間と金額	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで	円		

療養を担当した医師の証明欄

主傷病名		左記主傷病名の初診日を記入してください。	年　　月　　日
上記主傷病名について入院を開始した年月日	令和　　年　　月　　日	上記主傷病名で入院した期間及び日数	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで（　　日間）
主な症状及び経過概要			

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日（〒　　－　　）

医療機関等の　所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員が記入する欄

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

（〒　　－　　）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

組合員　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印　　電話（日中連絡先）＿＿＿＿＿＿＿＿

※自署の場合は押印省略可

建設連合国民健康保険組合殿

振込先金融機関（銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方をご記入ください）	銀　行	銀行　信組 信金　労金 農協	本　店 支　店 出張所	預金種類	1　普通・総合 2　当座	番号（右につめて記入してください）
	ゆうちょ銀　行	記　号	番号（右につめて記入してください）			
口座名義（カナ）						

本部決裁欄

支給期間	①　　日間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	支給開始日
	②　　日間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
	③　　日間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	入院　　日 × 　　円
備　　考	（ア）支給満了日	
※右のとおり決定してよろしいか	支給　　不支給	支給決定額　　円

本　部　受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支　部　受付印

本部控