

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入院についてのみ証明をお願いします。

組合員が記入する欄	被保険者証記号番号			
	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	傷病名			
	上記傷病名について入院を開始した年月日	令和 年 月 日	上記の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 (〒 -) 所在地 _____ 医療機関等の 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
	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 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	入院 日 × 円
		② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
		③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	備考	※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