

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ない場合には、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						
	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	平・令	年	月	日	から	平・令	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	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで

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	平成	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	平成・令和	年	月	日から	平成・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 _____ 印 _____

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) _____																	
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 農協 労金						本店 支店 出張所	預金種類	1 普通・総合	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 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



事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

