

# 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			
	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	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	平成 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 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 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