

国民健康保険傷病手当金支給申請書

組合員記載欄	被保険者証 記号・番号	建設				被保険者氏名	建設太郎					
		1	1	2	3	4	5	6	生年月日	S40年	2月	1日生
	傷病の原因	初詣中に転倒した										
	療養の為に休んだ期間	H30年 1月 3日から H30年 1月 20 日まで 18日間										
保険医の証明欄	傷病名											
	療養の期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間				
	入院の期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間				
	労務不能と認めた期間	_____まで 日間										
	労務不能と認めた症状	医療機関の証明欄です。担当医の証明をもらってください。										
	療養の経過と所見	_____										
上記のとおり証明します。												
年 月 日 医療機関名 _____												
医師氏名 _____ (印)												

上記のとおり、傷病手当金の支給を申請します。
尚給付金は、下記金融機関の口座へ振込み願います。

H30年 3月 15日

埼玉県建設国民健康保険組合 理事長 様

組合員 住所 **さいたま市北区宮原町4-144**

氏名 **建設太郎** (印)

振込先	銀行	本店
	武蔵野 金庫 大宮	支店
	農協	
	口座番号	普通当座 No. 12345678
	フリガナ	ケンセツタロウ
	名義人	建設太郎

支給金額	通院	×	日 =	円
	入院	×	日 =	円
	合計			円
地本取扱者印	受付印	支払印		

※第三者行為、交通事故等、給付制限となる場合があります。