

# 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			
					生年月日	年 月 日生		
	傷病の原因							
	療養の為に休んだ期間	年	月	日から	年	月	日まで	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	年	月	日から	年	月	日まで	日間
	労務不能と認めた症状							
	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。

年 月 日

埼玉県建設国民健康保険組合 理事長 様

組合員 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

振込先	銀行 本店	
	金庫 支店	
	農協 支店	
	口座番号	普通当座 No.
	フリガナ	
	名義人	

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。