

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書

国民健康保険法第58条に基づき組合規約第13条による保険給付

(注意)「組合員(申請人)が記入するところ」欄のみを記入し、担当医師の意見及び証明をうけてから組合に提出してください。

① 組合員(申請人)が記入するところ	被保険者証の 記号番号	90- 1 3 9 2	1 8 5 0
	組合員の氏名	中建 一男	組合員の種別 第1種
	療養のため仕事を休んだ期間	平成 26年 7月 1日から平成 26年 10月 1日まで 93日間	
	発病または負傷の原因		
	上記のとおり申請いたします。		申請書提出年月日 平成 26年 10月 3日
		組合員 住所 ○○県○○市○○2-6-11	
		(申請人) 氏名 中建 一男	(印)
中央建設国民健康保険組合理事長 殿		※申請書提出年月日の記入もれがないようお願いします。	

② 療養担当医師の意見及び証明	労務不能と 認められた傷病名	脳梗塞		
	診療開始年月日	平成 26年 7月 1日 ※上記傷病の診療開始年月日を記載してください。		
	労務不能と認められた期間	平成 26年 7月 1日から平成 26年 10月 1日まで 93日間		
	入院した期間が ある場合はその期間	平成 26年 7月 1日から平成 26年 8月 15日まで 46日間		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間		
		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間		
傷病の主症状と経過の概要				
上記のとおりであることを認めます。		医療機関コード 123456701		
平成 26年 10月 1日		保険医療機関等 の所在地、名称 及び医師氏名	○○県○○市○○区○○1-1 △△病院 ○○ ○○	
		(印)		

年 月 日から 年 月 日まで 日間				
うち入院	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
同	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
同	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
組合員の種別	日 額	日 数	支 給 額	
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日		円
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日		円
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日		円
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日		円
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日		円
この申請は2枚以上を1件として 処理した	支 給 決 定 額			円
枚中の 枚目	期間起算日	年 月 日	扱 者	
本部受理	支給済日数			
年 月 日	入院 日	外来 日		

支 部 長	扱 者	出張所長
支 部 受 理		
年 月 日		