

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					
	療養による 労務不能期間	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 認められた症状					
	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	
	口座番号	普通 No. 当座
	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