

# 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	建設			被保険者氏名	
	記号・番号	.....	.....	.....	生年月日	年 月 日
	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					
	<p>上記のとおり証明いたします。</p> <p>年 月 日 医療機関名 _____</p> <p>医師氏名 _____ (印)</p>					

上記のとおり、傷病手当金の支給を申請いたします。  
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 殿

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.
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。