

決裁欄	事務局長	業務課長	係長	係	支給決定額	4,000円×	日分 円

傷病手当金支給申請書

組合員の記入欄	被保険者証号 記号・番	92 - -	組合員	氏名	
	資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日 令和		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 令和
	発病又は 負傷年月日	平成 令和 年 月 日			
	発病の状態 又は負傷の原因				
入欄	傷病手当金を申請 する期間及び日数 〔待機期間として の3日間を除く〕	(入院4日目から) 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 日間	傷病手当金 申請額	円	

証明を受ける欄	入院した方の氏名	入院期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで (日間)
	傷病名	診療開始日	平成 令和 年 月 日
	傷病の主症状 及び経過概要		
	上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関 名称 所在地 担当医		

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

組合員

氏 名

印

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿