

県支部受付印

処理欄	事務局長	業務課長	係長	係	支給決定額	円× 日分 円

本部受付印

### 傷病手当金支給申請書

(注1)業務上の災害の場合、または資格取得年月日から3ヶ月以内の入院については支給しません。  
 (注2)証明を受ける欄は入院期間を確認できる書類等(医師の記名・押印あり)でこれに替えることができます。

組合員の記入欄	被保険者証号 被記号・番	92 - -	組合員	氏名		
	資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		生年月日	昭和 年 月 日生	
	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日				
	発病の状態又は負傷の原因					
	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 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	傷病手当金額 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 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)
	傷病名	診療開始日	平成 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。 平成 年 月 日 医療機関 名称 所在地 担当医		

印

上記のとおり申請します。

平成 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