

県支部受付印

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
	ここには何も記入しないでください					

本部受付印

太枠の中を記入してください。

傷病手当金支給申請書

(注) 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	被保険者証番号	92 - ○○ - ○○○○○○	組合員	氏名	板金 太郎	
	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 令和	日生
	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	朝から頭痛がしていたが鎮痛薬を飲み仕事へでかけた。お昼頃、突然体に力が入らなくなり立っていることも出来ないため、同僚に救急車を呼んでもらった。				
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	病院の証明を要しますが、同様の内容が記載された他の証明書を添付した場合は、この欄の証明は不要です。(他の証明書に替える場合は、医師の記名が必要です)				
	傷病の主症状及び経過概要					
証明欄	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 東京都港区三田1-1-1

組合員

氏名 板金 太郎

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

↑ 組合員が申請して下さい