

傷病手当金支給申請書

組合員記入欄	被保険者の記号番号	記号 36	番号			生年月日		
	氏名	(フリガナ)	枝番	01	1.昭和 2.平成	年 月 日		
						1.昭和 2.平成 3.令和	資格取得日 年 月 日	
	住所	〒 _____						TEL
	治療を受けた医療機関名							
	休業した期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	負傷・発病の原因	病 気		ケ ガ (ケガの場合は下を記入してください)				就業中 就業外
	負傷した時の状況	負傷日時	年 月 日		負傷した場所			
							
	備考欄	上記の通り申請します。 年 月 日 組合員住所 _____ 組合員氏名 _____ 神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿						

この申請書は、1枚目と2枚目を合わせて、ご提出ください。

医師証明欄は2枚目に続きます。

決 裁	常務理事	事務局長	処 理	支部	支部長印	係 印	支 部 名		受 付 印
	決定年月日			本部	給付課長	点 検	入 力	受付番号	
	決 定 金 額								

組合員氏名と被保険者番号を記載して医師の証明を受けてください。

氏名		記号	36	番号						枝番	01
----	--	----	----	----	--	--	--	--	--	----	----

ここから下は医師が記入する項目です。組合員は記入しないでください。

傷病名	1											療養の給付を開始した年月日 (初診日)	1	年	月	日																	
	2												2	年	月	日																	
転帰		継続		治ゆ		死亡		中止 ()																									
医 師 証 明 欄	労務不能と認められた期間	1回目	年	月	日から	年	月	日の合計	日間					入院 日間																			
		うち入院期間	年	月	日から	年	月	日の合計	日間																								
	2回目	年	月	日から	年	月	日の合計	日間					通院 日間																				
		うち入院期間	年	月	日から	年	月	日の合計	日間																								
上記労務不能期間内で通院日に○をつけてください																																	
証 明 欄	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
労務不能にいたった状況や傷病の症状、経過などを記入してください。																																	
上記のとおり相違ない事を証明します。 証明日 年 月 日																																	
所在地																																	
医療機関名称																																	
電話番号																																	
医師の氏名																																	

1. 労務不能期間は、診療を開始した日から証明日までの間で、期間を設定して記載してください。
2. 労務不能期間内すべてを労務不能と認める場合は、合計欄に全日と記載していただいて結構です。
合計日数の記載がない場合、または日数が合わない場合は全日と解釈させていただきます。
3. 労務不能期間内に通院日がある場合は、すべての通院日に○をつけてください。
診療実日数の通院日と○の数を合わせてください。
4. 記入漏れがある場合は、書類を返戻させていただくことがあります。