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 枝番 01		生年月日 1.昭和 2.平成 年 月 日		
	氏名	(フリガナ)			資格取得日 1.昭和 2.平成 3.令和 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	_____	

	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						
	備考欄	_____					

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	給付課長	点検	入力	受付番号	
	決定金額			部					

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。

患者氏名																	
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 (実日数)		
		うち入院期間	年	月	日から	年	月	日の合計	日間						日		
	2回目	年	月	日から	年	月	日の合計	日間						通院 (実日数)			
	うち入院期間	年	月	日から	年	月	日の合計	日間						日			
上記労務不能期間内で通院日に○をつけてください																	
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。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 証明日 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 所在地 医療機関名称 電話番号 医師の氏名 </div>																	

- 注) 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で結構です。
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。