

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		
			枝 番	01	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			給付課長	点 検	入 力	受付番号		
	決 定 金 額								

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。

医 師 証 明 欄	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 ()																			
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	1回目		年		月		日から		年		月		日の合計		日間		入院 (実日数) 日																
		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 (実日数) 日																
		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																																	
	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
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																																		

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。

※ご不明な点は、神奈川県建設連合国民健康保険組合 給付課 045-453-9661 まで お問い合わせください。