

傷病手当金支給申請書

組合員記入欄	被保険者証の記号番号	記号 36	保険証番号 12345678			枝番 01	生年月日 61年2月3日		
	氏名	(フリガナ) ケンセツ タロウ				性別	資格取得日		
		建設 太郎				男・女	27年5月1日		
	住所	〒765-4321 横浜市神奈川区〇△町1-2-3							
	治療を受けた医療機関名	神奈川建設労働病院							
	休業した期間	令和2年5月6日～令和2年7月8日							
	負傷・発病の原因	病気 ケガ (ケガの場合は下記を記入してください)							
	負傷した時の状況	負傷日時	令和2年5月1日			負傷した場所	左膝		就業中 就業外
		自宅の庭で子どもと遊んでいて転び左膝を痛めた。							
	上記のとおり申請します。 令和2年6月13日 組合員住所 横浜市神奈川区〇△町1-2-3 組合員氏名 建設 太郎 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ページに続きます。

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	
	決定額			本部					