

## 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	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 印 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			給付課長	点 検	入 力	受付番号		
	決 定 額								

組合員氏名と保険証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	保険証番号													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		治癒		死亡		中止 ( )												
医 師 証 明 欄	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
		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
		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			
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         印																				

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。

※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。