

傷病手当金支給申請書

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。

組合員記入欄	被保険者証の記号番号	記号	番号			生年月日		
		36		枝番	01	1.昭和 2.平成 3.令和	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								

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	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	
	決定期額								

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。

医 師 証 明 欄	傷病名	1 2	療養の給付を開始した年月日 (初診日)	1 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			
		うち入院期間 年 月 日から 年 月 日の合計 日間	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	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 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	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。

2/2