

## 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		
	氏名	(フリガナ)				資格取得日		
	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枚目に続きます。

決 裁	常務理事	事務局長	理 処	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 金 額			理 部					

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  日間																			
		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  日間																				
		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
	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																																	

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。