

本件、よろしいか。 支給して	一般 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間	〔 1日1,500円× 日 加算2,000円× 日〕											
	入院 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで 日間												
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>理事長</td> <td>常務理事</td> <td>事務局長</td> <td>事務局次長</td> <td>課長</td> <td>係</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	理事長	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係						
理事長	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係								

国民健康保険 傷病手当金支給申請書 (第 回目)

組合員記載欄	被保険者証の記号番号	283093-	組合員名			
	傷病の原因				生年月日	昭・平・令 年 月 日
保険医療機関等の証明及び保険医等の意見	傷病名					
	労務不能と認められた期間	(※証明日以前の日付を記入してください)				
	上記の期間における入院期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日間				
	病状及び経過					
	保険医療機関等の名称又は保険医等の氏名印	令和 年 月 日	保険医療機関等の所在地及び名称	(印)		
		保険医等の氏名	(印)			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住所

組合員

氏名 (印)

兵庫県建設国民健康保険組合理事長 殿

母体組織の代表者証明	上記の組合員は、療養のため 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間、業務に服することができなかつたことを証明します。	処理年月日	
	組合名又は支部名		
	代表者氏名 (印)	担当者	