

よろしいか。 本件、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					
	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	被保険者証番号					枝番 01	組合員 氏名			
	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	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	日間
	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

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ったことを証明します。	処理年月日 令和 年 月 日
	組合名・支部名 _____	担当者
	代表者氏名 _____ 印	