

よろしいか。 本件、支給して	一般 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 入院 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					(1日1,500円× 日) (加算2,000円× 日)	
	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	事 務 局 次 長	課 長		係
						円	

受 付 印

## 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	組合員氏名	
	傷病の原因		01		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	令和 年 月 日から	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 令和 年 月 日から 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	