

一般	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)	
入院	令和 年 月 日から	令和 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
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	(※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。	
	組合名・支部名	.....			
	代表者氏名	..... (印)			
			処理年月日		
			令和 年 月 日		
			担当者		