

平成 年 月 日決定

様式第16号

よろしいか。 本件、支給して	一般 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間					〔1日1,500円×日〕 〔加算2,000円×日〕
	入院 平成 年 月 日から平成 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	
						円

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	283093一	組合員氏名	
	傷病の原因		生年月日	昭平 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 年 月 日から	平成 年 月 日まで 日間 <small>(※証明日以前の日付を記入してください)</small>	
	上記の期間における入院期間	平成 年 月 日から	平成 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	平成 年 月 日	保険医療機関等の所在地及び名称	Ⓜ
		保険医等の氏名	Ⓜ	

上記のとおり申請いたします。

平成 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 年 月 日から	処理年月日
		平成 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。		
	組合名又は支部名	担当者
	代表者氏名 Ⓜ	