国民健康保険法第5条に基き組合規約第13条による保険給付

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(注意) 「組合員(申請人)が記入するところ」欄のみを記入し、担当医師の記載をうけてから組合に提出してください。 支給申請額が判らないときは、金額を記入しないで提出してもかまいません。

	$\widehat{1}$	被保険者証の 記 号 番 号	90-	1392	第	18	50	号		
V	組合員(申	組合員の氏名	中建	一男	組合員の	の種別	第	2	種	
Ī	清	療養のため 仕事を休ん だ期間	平成17年12平成18年3	2月 1日から 3月 1日まで 91日間	発病又 は負傷 の原因					
7	が記	支給申請額	3 3	2,400円	申請書	提出 1	8 年	3 月	3 日	
人)が記入するところ	上記のとおり申請いたします。 組合員 住 所 〇 県 〇 市 〇 2-6-11 (申請人) 氏 名 中建 一男 印 									
	-	1 1 -4 -9								

	1 2 0,000							
②療養	労務不能 の原因と なった 傷病名	(3)	診療開 年 月	始 日	(1) 1 (2) (3) (4)	7年1 年 年 年	2 月 月 月	1日 日 日
担当医師	労務不能と 認めた期間 (入院した期間を必ず) 記入して下さい	平成17年12月 1日から平成 18年 (うち入院 平成17年12月 1日から 同 平成 年 月 日から	平成18			91日間 5日ま 日ま	で46	日間)日間)
岬の意見及	傷病の主症 状及び経過 の 概 要	00000000			00		00	
び証	上記のとおり 平成 184	のであることを認めます。 F <mark>3</mark> 月 1日 医療機関コー	-ド 12	34	456	7 0	1	
明	所	険医療機関等の ○○県 ○○市 ○○ □ 在地,名称 び医師氏名 △△大学医学部付			000	00 E		

		年	月	H	から	年		月	E	まで	で	H	間
うち入	、院	年	月	日	から	年		月	E	ま	で	日	間
同		年	月	日	から	年		月	E	ま゛	で	日	間
第	腫(入·	外)	日額		円×	E	3						円
第	腫(入·	外)	日額		円×	E	3						円
第	腫(入·	外)	日額		円×	F	3						円
	申請はな		、上を1位	牛	支給沒	央定額	Ĭ						円
	枚中の		枚	目	この申 は、す		- 104				扱	者	
本部受	理 年	J.		日	次のと 年 年	月	給済日よ日ま	り	ある。 日間				

中央建設国民健康保険組合理事長 殿

支 部 長	扱	者	出張	所長
支部受理				
	年	J	目	日

<記入上の注意>

- ①誤記入等は二重線で抹消し、訂正印を押して、書き直して下さい。
- ②申請人が組合員であれば、申請人欄の押印を省略することができますが、 組合員が死亡した場合は申請人の押印が必要です。
- ③医師の証明欄の記入もれ・記入誤りが多々見受けられます。医師の押印も必要です。 必ず確認してください。