

| | | | | | |
|--------|------|---|-----|-----|-------|
| 決 裁 | 事務局長 | 係 | 入力済 | 突合済 | 決定年月日 |
| | | | | | 決定額 |

傷病手当金支給申請書 (組合員の入院のみ対象)

| | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------|----|------|-----------|
| 組合員の記入欄 | 被保険者記号番号 | 香組4 | | | | |
| | 組合員氏名 | | | | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 |
| | 療養のため仕事を休んだ期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | |
| 療養担当保険医の意見及び証明欄 | 労務不能の原因である主な傷病名 | | | | | |
| | 診療開始年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 労務不能と認めた期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | |
| | 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 | | |
| | 主症状及び経過 | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 保険医療機関所在地・名称 保 険 医 氏 名 印 印 | | | | | | |

上記の労務不能期間において、賃金又は雇用保険法第37条第1項に規定する傷病手当金の支給を受けていないことを誓約し、傷病手当金の支給申請をします。

令和 年 月 日

組合員住所 _____ 電話番号(日中連絡のとれるもの) _____

氏名 _____ 印 個人番号

香川県建設国民健康保険組合理事長殿 (注)個人番号欄は病院の証明を受けた後で記入してください。

| | | | | | |
|---------|---|------|---|--|---|
| 給付金支払指図 | 給付金の支払方法 (番号を○で囲んでください。) | | 1. 給付金等振込指定口座への振込 2. マイナポータルから登録した公金受取口座への振込 3. 別途振込 4. 支部窓口払 | (組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。) | |
| | 口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。) | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 通帳記号 | 通帳番号 (右詰で記入してください。) | | 委任欄 この申請に基づく給付金の受領を下記受任者へ委任します。 令和 年 月 日 組合員 住所 _____ 氏名 _____ 印 受任者 住所 _____ 氏名 _____ 印 香川県建設国民健康保険組合理事長 殿 |
| | | 銀行 | 百十四銀行 | | |
| | 口座種目 | | 口座番号 (右詰で記入してください。) | | |
| 普通・当座 | | | | | |

支部長氏名 _____ 印

※外傷の場合は、「負傷原因報告書」を添付してください。 ※外来のみの場合は、この様式は使用できません。