

※保険給付決定同	理事	局長	次長	課長	課長補佐	担当	決定日	令和	年	月	日
							資取	昭・平・令	年	月	日
前回支給期間	年	月	日～								
支給期間	令和	年 月 日									
備考	4,000円 × 日										

傷病手当金支給申請書 (第 回目)

(太枠の中をご記入ください)

被保険者証記号・番号	88 - 00 第 000 号	組合員氏名	職能 太郎
傷病又は負傷の原因	椎間板ヘルニア		
発病又は負傷年月日	平成 年 4 月 1 日 <small>令和</small>	療養のため労務に服することができなくなった日	令和 4 年 4 月 1 日
療養のため労務に服できなかった期間	令和 4 年 4 月 1 日から 令和 4 年 5 月 1 日まで 31 日間		
傷病手当金を請求する期間	令和 4 年 4 月 1 日から 令和 4 年 5 月 1 日まで 31 日間		
上記のとおり申請します。なお、傷病手当金の受領を下記受任者に委任します。			
令和 年 月 日 住所 東京都新宿区市ヶ谷田町2丁目26番地 組合員 (相続人) 氏名 職能 太郎			
東京建設職能国民健康保険組合 理事長 殿			
事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 5 月 5 日 事業所所在地 東京都新宿区新宿1丁目1番1号 事業所名称 株式会社建設職能 事業主氏名 千代田 太郎		
診療担当医師意見欄	傷病名	診療開始日	平成 年 月 日
	労務不能と認められた期間	日間	
	入院期間	日間	
	傷病の主症状及び経過概要 <small>(症状の経過からみて従来職種について労務不能と認められた医学的所見を詳しく)</small>	<div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; font-size: 2em; font-weight: bold;">医師記入欄</div>	
	上記のとおり療	令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名	

組合員ご本人が亡くなられている場合は相続人の方のお名前をご記入ください

事業主の方は署名をお願いします

受任者 <small>(組合長)</small>	支部名	支部記入欄
	住所	
	氏名	

受付日