様式業第44号

※保険給付決定伺	理事	局長	次長	課長	課長補佐	担当	決定日	令和　年　月　日
							資格 取	昭・平・令　年　月　日
							資格 喪	令　和　年　月　日

前回支給期間	年　月　日～　年　月　日	前々回支給期間	年　月　日～　年　月　日
支給期間	令　和　年　月　日　～　令　和　年　月　日		
備考	4,000円×　日＝＿＿＿＿円	支給金額	円

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）

組合員記入欄

被保険者証記号・番号	88－　第　号	組合員氏名	
		生年月日	昭・平　年　月　日
傷病又は負傷の原因			
発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日	療養のため労務に服することができなくなった日	令和　年　月　日
療養のため労務に服することができなかった期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間		
傷病手当金を請求する期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　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

組合員（相続人）　住所

氏名

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　年　月　日　事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

診療担当医師意見欄

傷病名		診療開始日	平成 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		
入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	診療実日数	日間
傷病の主症状及び経過概要（症状の経過からみて従来の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）			

上記のとおり療養のため労務に服することができなかったことを認めます。

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

受任者（組合長）

支部名＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

受付日