

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(注意) 1 「組合員(申請人)が記入するところ」欄のみを記入し、担当医師の意見及び証明を受けてから組合に提出してください。
2 所要事項は記入もれのないようにしてください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。

被保険証の 記号番号	90- 1 3 9 2 1 8 5 0 (枝番) 0 1		
組合員の氏名	中建 一男	組合員の種別	第 1 種
療養のため 仕事を休んだ期間	令和 5 年 2 月 7 日から 令和 5 年 4 月 30 日まで 83 日間		
発病または負傷の原因			
上記のとおり申請いたします	申請書提出年月日	令和 5 年 5 月 2 日	
	組合員 (申請人) 住所	〇〇県〇〇市〇〇2-6-11	
	氏名	中建 一男	
中央建設国民健康保険組合理事長 殿	※申請書提出年月日には中建国保に提出する日付を記入してください。		

労務不能と 認めた傷病名	脳梗塞		
診療開始年月日	平(令) 5 年 2 月 7 日 ※上記傷病の診療開始年月日を記載してください。		
労務不能と認めた期間	令和 5 年 2 月 7 日から 令和 5 年 4 月 30 日まで 83 日間 うち入院 令和 5 年 2 月 7 日から 令和 5 年 3 月 24 日まで 46 日間 同 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 同 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
傷病の主症状及び 経過の概要	令和5年2月7日起床後、呂律障害と右上下肢脱力があり当院受診。 上記診断にて入院。保存的加療リハビリを行った。 3月24日退院後は外来通院し、フォローアップ中。		
上記のとおりであることを認めます。	医療機関コード	123456701	
令和 5 年 4 月 30 日	保険医療機関等 の所在地、名称 及び医師氏名	〇〇県〇〇市〇〇区〇〇1-1 △△病院 〇〇 〇〇	

年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	
うち入院	年 月 日 から	年 月 日 まで 日間	
同	年 月 日 から	年 月 日 まで 日間	
同	年 月 日 から	年 月 日 まで 日間	
組合員の種別	日 額	日数	支 給 額
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日	
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日	
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日	
法人第 種・第 種 (入・外)	円	日	
この申請書は2枚以上を1件として 処理した	支給決定額		円
枚中の 枚目	期間起算日	年 月 日	扱 者
本部受理	支給済日数		
年 月 日	入院 日	外来 日	

支部長	取扱者	出張所長
支部受理		
年 月 日		