

決定決裁年月日	令和 年 月 日	決定伺起案 年 月 日	令和 年 月 日	年 月 日
支給対象日数	日	副理事長	常務理事	局長
支給決定額	円			
			主任	係
				支部長
				係

## 傷病手当金支給申請書

支部番号	被保険者証の記号番号	療養を受けた組合員の氏名	昭・平 年 月 日
		生 年 月 日	
傷病名		発病・負傷年月日	令和 年 月 日

医師の証明欄	傷病の部位及び傷病名	
	療養の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	入院による労務不能の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	病状及び経過	
		令和 年 月 日 治ゆ、死亡、転医、中止、継続中
	上記の記載事項に相違なきことを証明する。	
	令和 年 月 日 病院又は診療所の所在地	
	名 称	
	診療科	
	医師氏名	(印)

上記により、傷病手当金の支給を申請します。	
令和 年 月 日	
組合員住所	
氏名	
三重県建設国民健康保険組合理事長 殿	

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 ( ) 確・郵  
 組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ( )