

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

## 傷病手当金支給申請書

支部番号	13	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
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		
明	上記の記載事項に相違なきことを証明する。			
欄	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	㊞

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 ( )