

国民健康保険傷病手当金支給申請書

◆医師へお願い
建設連合国保を使用した入院についてのみ証明をお願いします。

◇支給対象期間において賃金を受けることができない場合には、その額の限度において給付は受けられません。

組合員が記入する欄	被保険者証記号番号												
	組合員氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日					
	発病又は 負傷年月日	平・令	年	月	日								
	療養のため入院し、業務に 服することができなかった期間	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	(	日間)
	上記期間中、賃金を受けた 場合はその期間と金額	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで		円

療養を担当した医師の証明欄	傷病名																				
	上記傷病名について入院を開始した年月日	平成	年	月	日	令和					上記の傷病名で入院した期間及び日数	平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで	(	日間)
	主な症状及び経過概要																				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 (〒 -)																				
	所在地 _____ 医療機関等の 名 称 _____ 電話番号 _____ 医師名 _____ 印 _____																				

組合員が記入する欄	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (〒 -) 住所 _____ 組合員 氏名 _____ 印 _____ 電話(日中連絡先) _____ 建設連合国民健康保険組合殿																			
	振込先金融機関 (銀行・ゆうちょ 銀行のいずれか 一方をご記入く ださい)	銀行	銀行 信組 信金 労金				本店 支店 出張所	預金 種類	1 普通・総合	番号(右につめて記入してください)										
		ゆうちょ 銀行	記 号				番号(右につめて記入してください)													
	口座名義(カナ)																			

本部決裁欄	支給期間	① 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	入院 日 × 円											
		② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)												
		③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)												
	備 考													
	※右のとおり決定してよろしいか		支給 不支給	支給決定額										

本 部
受 付 印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支 部
受 付 印

【連絡事項】申込用紙と一緒に書類を提出してください

傷病手当金支給申請書

■添付書類

*組合員の身分証明書 ※郵送の場合は写真付きのコピーを入れてください

【支給条件】

- ・組合員が病気やけがで3日以上入院により仕事を休み、賃金(売上)が無かった場合
- ・支給額は入院1日につき5,000円です。
その期間中に営業収入が発生し1日につき5,000円未満の場合は差額を支給します。
- ・支給対象期間は入院した期間。ただし同一疾病につき通算40日です。
※同じ病気やけが、関連して発症した病気で支給を受けたことがある場合は、前回支給期間最終日より3年以上経過した時点で新たに支給対象となります。
- ・申請は組合員(代表)の方のみ対象(ご家族は対象外になります)

【傷病手当支給申請書 医師の証明について】

- ・申請用紙の「療養を担当した医師の証明欄」には必ず**担当医の証明が必要**です。
新型コロナウイルス感染症で宿泊または自宅療養の場合は、陽性判定日と療養期間が記載されている証明書もしくは、当申請書へ医師より診断内容の記載をお願いして下さい。
- ・当組合の申請用紙以外での申請はできませんのでご注意下さい。
- ・給付申請は事由発生後2年以内です。

建設連合国民健康保険組合 東京都支部
〒140-0013

東京都品川区南大井6-13-5 新開発ビル202
TEL03-6271-6055/FAX03-6271-6076