

決裁	理事	常務	事務	局長	課長	係長	主任	担当者	
支出費目	款	保険給付費	項	傷病諸費	目	傷病手当金	節	負担金補助及び交付金	
支給(出)金額	¥	資格取得	年月日	受付No.	保険料	月			
前回迄の支払期間	年月日	日間	詳細						
	年月日	日間							
支給期間	年月日	日間	算出方法	円×日=円					
	年月日	日間							
備考									

(注) この欄は記入しないこと。

傷病手当金請求書			
被保険者証の記号番号	建国 〇〇-〇〇〇〇〇	枝番 〇〇	療養を受けた者の氏名 大建 太郎
個人番号			生年月日 〇〇年 ××月 △△日生
傷病名			療養の給付開始年月日 年月日
就労不能と認めた期間	年月日から 年月日まで 日間		
入院期間	年月日から 年月日まで 日間		
傷病の主病状及び経過概要			
年月日 所在地 医療機関 名称 (印)			
上記のとおり請求します。 〇〇年 ××月 △△日			
住所 大阪市浪速区敷津西2-14-22 組合員 氏名 大建 太郎			
大阪建設国民健康保険組合理事長殿			
送金方法にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(振込手数料はかかりません)		
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号(右詰めでご記入ください。)
	フリガナ	1	0
	氏名 (組合員本人に限る)		
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行(振込手数料は差し引いて振込みます。)		
	銀行名	銀行・信用金庫	支店
預金種類	普・当座・()	口座番号	
フリガナ			
氏名 (組合員本人に限る)			
<input type="checkbox"/> 支部窓口			
組合記載欄		支給日	年月日

※黒枠に必要事項を記入して下さい

医療機関にて記入・捺印

記入日

本人が亡くなられた場合は、「本人死亡の為(続柄)〇〇〇〇」と記入して下さい。