

申請書記入例

●お知らせが届いてから申請する場合

令和 3年 7月 15日

＜ 傷病手当金のお知らせ ＞

あなたが保険診療を受け入院されていた期間について、傷病手当金の支給対象となっておりますので、お知らせいたします。

下記①に記載の内容をご確認の上、⑥組合員記入欄に必要事項を記入して、申請してください。

なお、お仕事の病欠やけが、交通事故等の第三者行為の場合等、審査の結果お支払いできない、もしくは返還していただく場合があります。詳しくは、所属支部へお問合せください。

様式第39-1号 **傷病手当金 支給申請書** (/)

記号	87- 1324	番号	1234	組合員氏名	左官 太郎 様
----	----------	----	------	-------	---------

①【対象期間】

入院期間	令和 3年 4月 1日から 令和 3年 4月 5日まで	5 日間	医療機関名	塗装医院
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名	
申請日数	5 日間	申請金額	20,000 円	

*組合からのお知らせが届く前に申請する場合は、下記②③に必要事項を記入し、④⑤の証明をもらい申請してください。

②

記号	87-	番号		組合員氏名	
----	-----	----	--	-------	--

③【申請期間】 記入しきれない場合は、2枚目に記入してください。

入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名		
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名		
傷病名		申請日数	日間	申請金額	円

④【医師証明欄】 医療機関の領収書等(入院の確認ができるもの)を添付する場合は、医師の証明は不要です。

上記のとおり、入院し労務に服することが出来なかったことを認めます。

令和 年 月 日

医療機関 住所 電話番号 領収書等添付

名称 医師名

⑤【事業主証明欄】 事業主が申請する場合は不要です。

上記のとおり、入院し労務に服することが出来なかったことを認めます。

令和 年 月 日

住所 電話番号

事業所名称 事業主

⑥【組合員記入欄】 必ず記入してください。

上記のとおり、仕事上の病欠やけが、交通事故等の第三者行為ではないことを確認し、傷病手当金を申請します。

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿

住所 新宿区笹谷田町2-29 申請年月日 令和 3年 8月 15日

電話番号 03-3269-4778 組合員氏名 左官 太郎

【組合使用欄】 *組合にて使用します。記入しないでください。

保険給付費 傷病手当金支給決定例

記号番号	87-	組合員氏名		資格取得日	年 月 日
支給日数	日	支給金額	円	支給日	積算支給日数 日

支部受付

本部受付

常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員

Ⓐ

Ⓑ

Ⓐ 医療機関からの請求をもとに、記号番号・氏名・①対象期間等が印字されています。

入院期間が3回以上の場合は、申請書が2枚になります。

Ⓑ 印字されている内容を確認し、⑥の欄に必要事項を記入し、申請してください。押印は必要ありません。

*②～⑤は、記入の必要はありません。

