

申請書記入例

●お知らせが届いてから申請する場合

合和 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つておりますので、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、お仕事中の病気やけが、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	5 日間	医療機関名	塗装医院	
入院期間	令和 3年 4月 5日まで				
入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名		
入院期間	令和 年 月 日まで				
傷病名	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	日間	医療機関名		
入院期間	令和 年 月 日まで				
入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名		
入院期間	令和 年 月 日まで				
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つたことを認めます。		<input type="checkbox"/> 領収書等添付			
令和 年 月 日 医療機関 住所		電話番号			
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つたことを認めます。					
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、仕事中の病気やけが、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 東京都新宿区市谷田町2-29 電話番号 03-3269-4778		申請年月日 合和 3年 8月 15日 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伺					
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
支部受付		本部受付		常務理事 事務局長 役務課長 係長 係員	

(A)

(B)

- Ⓐ 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。

●お知らせが届く前に申請する場合

令和 年 月 日																																			
『傷病手当金のお知らせ』 <small>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。</small> <small>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。</small> <small>なお、お仕事中の病気やけが、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。</small>																																			
様式第39-1号 傷病手当金 支給申請書 (/)																																			
記号	番号	組合員氏名		様																															
①【対象期間】																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">入院期間</td> <td style="width: 15%;">令和 年 月 日から</td> <td style="width: 15%;">日間</td> <td colspan="3">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日まで</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td>令和 年 月 日から</td> <td>日間</td> <td colspan="3">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日まで</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left;">*1日4,000円 最大45日まで</td> <td>申請日数</td> <td colspan="3">申請金額 円</td> </tr> </table>						入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名			令和 年 月 日まで						入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名			令和 年 月 日まで						*1日4,000円 最大45日まで		申請日数	申請金額 円		
入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名																																
令和 年 月 日まで																																			
入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名																																
令和 年 月 日まで																																			
*1日4,000円 最大45日まで		申請日数	申請金額 円																																
<small>*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。</small>																																			
② 記号 87-1324 番号 1234 組合員氏名 左官 太郎																																			
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。																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">入院期間</td> <td style="width: 15%;">令和 3 年 4 月 7 日から</td> <td style="width: 15%;">5 日間</td> <td colspan="3">医療機関名 塗装医院</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 7 日まで</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td>令和 年 月 日から</td> <td>日間</td> <td colspan="3">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日まで</td> <td></td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td>申請日数</td> <td>5 日間</td> <td colspan="3">申請金額 20,000 円</td> </tr> </table>						入院期間	令和 3 年 4 月 7 日から	5 日間	医療機関名 塗装医院			令和 年 月 7 日まで						入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名			令和 年 月 日まで						傷病名	申請日数	5 日間	申請金額 20,000 円		
入院期間	令和 3 年 4 月 7 日から	5 日間	医療機関名 塗装医院																																
令和 年 月 7 日まで																																			
入院期間	令和 年 月 日から	日間	医療機関名																																
令和 年 月 日まで																																			
傷病名	申請日数	5 日間	申請金額 20,000 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。 <small>・上記のとおり、入院し労務に服することが出来なかつたことを認めます。</small>																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">令和 年 月 日 医療機関 住所</td> <td style="width: 50%;">電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">名称 医師名</td> </tr> </table>						令和 年 月 日 医療機関 住所	電話番号	名称 医師名																											
令和 年 月 日 医療機関 住所	電話番号																																		
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。 <small>・上記のとおり、入院し労務に服することが出来なかつたことを認めます。</small>																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">令和 年 月 日 住所 新宿区若田町2-29</td> <td style="width: 50%;">電話番号 03-1234-5678 事業主 左官 タイル</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">事業所名称</td> </tr> </table>						令和 年 月 日 住所 新宿区若田町2-29	電話番号 03-1234-5678 事業主 左官 タイル	事業所名称																											
令和 年 月 日 住所 新宿区若田町2-29	電話番号 03-1234-5678 事業主 左官 タイル																																		
事業所名称																																			
⑥【組合員記入欄】必ず記入してください。 <small>・上記のとおり、仕事中の病気やけが、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。</small>																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿 住所 新宿区若田町2-29</td> <td style="width: 50%;">申請年月日 令和 3 年 5 月 1 日 組合員氏名 左官 太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">電話番号 03-3269-4778</td> </tr> </table>						全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿 住所 新宿区若田町2-29	申請年月日 令和 3 年 5 月 1 日 組合員氏名 左官 太郎	電話番号 03-3269-4778																											
全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿 住所 新宿区若田町2-29	申請年月日 令和 3 年 5 月 1 日 組合員氏名 左官 太郎																																		
電話番号 03-3269-4778																																			
【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票																																			
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																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">支部受付</td> <td style="width: 33%;">本部受付</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務局長</td> <td>業務課長</td> <td>係長</td> <td>係員</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						支部受付	本部受付					常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員																			
支部受付	本部受付																																		
常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員																															

Ⓐ ②と③の欄に必要事項を記入。

*入院期間が3回以上になる場合は、2枚めに記入してください。

Ⓑ ④医師の証明、⑤事業主の証明をもらう。

*入院日が確認できる領収書(請求書)等を添付する場合は、医師の証明は不要です。

Ⓒ ⑥に必要事項を記入し、申請してください。

(a)

(b)

(c)