

決定決裁年月日	平成 年 月 日	決定何起案 年 月 日	平成 年 月 日			
支給対象日数	日	副理事長	常務理事	局長	主任	係
支給決定額	円					

年 月 日	
支部長	係

## 傷病手当金支給申請書

支部 番号	被保険者証 の記号番号	療養を受けた 組合員の氏名 生 年 月 日	昭・平 年 月 日
傷 病 名	発病・負傷年月日		平成 年 月 日

医 師 の 証 明 欄	傷病の部位 及び傷病名	
	療養の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	入院による 労務不能の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	病状及び経過	平成 年 月 日 治ゆ、死亡、転医、中止、継続中
	上記の記載事項に相違なきことを証明する。	
	平成 年 月 日 病院又は診療所の所在地	
	名 称	
	診療科	
	医師氏名	(印)

上記により、傷病手当金の支給を申請します。

平成 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

(印)