

決裁	事務局長	確認	担当

処理	台帳	
	調定簿	

下記申請に対して支給額を 円に決定する

傷病手当金請求書

金 円也

上記の金額を請求します

令和 7 年 1 月 18 日

住所 岐阜市藪田南3丁目9番5号
 組合員
 氏名 建設 国保

岐阜県建設国民健康保険組合 理事長 様

被保険者証の記号番号	1 2 3 4 5 - 6	区分	第 種
------------	---------------	----	-----

入院保険医療機関の証明・保険医の意見	① 傷病名				
	② 療養の給付を行った期間	令和 年 月 日	日間	③ 診療実日数	日
	④ 労務不能と認めた期間	令和 年 月 日	日間		
	⑤ ④の期間における入院期間	令和 年 月 日	日間		
	⑥ 傷病の主な症状経過の概要	<p style="color: red; font-size: 2em;">医師による証明・押印を もらってください</p>			
	上記の通り相違ありません 令和 年 月 日 保険医療機関の所在地 保険医療機関名 保険医氏名				
傷病の原因が外傷性の場合 (骨折・損傷・捻挫など)は 負傷の原因を記入					

振込先金融機関		総支部名	
大垣共立	銀行	ぎふ県庁	本店支店出張所
	信用金庫 農協 信用組合 労働金庫		
預金種別	普通(総合)・当座		
口座番号	店番号	口座番号	
	1 5 7 -	1 2 3 4 5 6 7	
名義人 (組合員本人)	カタカナで記入 ケンセツ クニヤス		
		受付日付印	