

様式第20号

決	理事長	副理事長	常務理事	事務局長	担当	係
裁						

処	台帳	
理	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 年 月 日

住所
組合員 氏名

岐阜県建設国民健康保険組合 理事長 様

被保険者証記号番号		被扶養者	有・無
-----------	--	------	-----

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				
	上記のとおり相違ありません 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					

傷病の原因が負傷の場合(骨折・損傷・捻挫など)は、負傷の原因を記入

振込金融機関の欄		支 部 名	
銀 行 信用金庫 農 協 信用組合 労働金庫		総支部名	
		受 付 日 付 印	
預金種別	普 通 (総 合) ・ 当 座		
口座番号	店番号	口座番号	
名義人 (組合員本人)	カタカナで記入		

※総支部受付印をお願いします ※個人情報保護法に基づき上記の利用目的以外には使用しません