

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

<b>傷病手当金請求書</b>	
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	労務不能と認められた期間	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 印

医師による記名・押印を  
もらってください

振込金融機関の欄		支 部 名	
銀行		総支部名	
信用金庫	本店	受 付 日 付 印	
農 協	支店		
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	
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