

決 定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

決定金額	円
------	---

給付期間

傷病手当金支給申請書

組合員 の記入欄	被保険者 番号・番 号	岡304	加入年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日

医師または 歯科医師 の意見記 入欄	※1休業を要する 傷病名				発病・負傷 年月日	年	月	日
	発病又は 負傷の原因				診療開始 年月日	年	月	日
	主症状及び 経過の概要							
	業務不能に 関する意見							
	※2療養のため 業務不能期間	自	年	月	日		*	
		至	年	月	日	日間		
	上記期間の うち入院期間	自	年	月	日			
	至	年	月	日	日間			
上記のとおり相違ありません。								令和 年 月 日
所在地								
病院名								
担当医師 氏名								印

※1 治療を行っているが、その病気自体が休業を要しないものについては記入しないで下さい。

※2 業務不能期間には、診療開始以前・見込み期間は含まないものとします。

*の欄は記入しないで下さい。

第三者行為	該当	非該当
-------	----	-----

※該当の場合は給付できません。

上記のとおり申請します。

住所

組合員
(申請人)

令和 年 月 日

氏名

印

岡山県建設国民健康保険組合 殿

組合員の個人番号(マイ
ナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身 元 確 認 欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部	()	
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人	() ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	(

※本部使用欄

	支給期間	日数	残日数	給付日
①	～			
②	～			
③	～			