

## 《 傷病手当金のお知らせ 》

あなたが保険診療を受け入院されていた期間について、傷病手当金の支給対象となっておりますので、お知らせいたします。

下記①に記載の内容をご確認の上、⑥組合員記入欄に必要事項を記入して、申請してください。  
 なお、お仕事中の病気やけが、交通事故等の第三者行為の場合等、審査の結果お支払いできない、もしくは返還していただく場合があります。詳しくは、所属支部へお問合せください。

様式第39-1号

## 傷病手当金 支給申請書

( / )

記号		番号		組合員氏名	
----	--	----	--	-------	--

## ①【対象期間】

入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名	
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名	
*1日4,000円 最大45日まで		申請日数	日間	申請金額
				円

\*組合からのお知らせが届く前に申請する場合は、下記②③に必要事項を記入し、④⑤の証明をもらい申請してください。

②	記号	87-	番号		組合員氏名	
---	----	-----	----	--	-------	--

## ③【申請期間】 記入しきれない場合は、2枚目に記入してください。 \*1日4,000円 最大45日まで

入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名	
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	医療機関名	
傷病名		申請日数	日間	申請金額
				円

## ④【医師証明欄】 医療機関の領収書等(入院の確認ができるもの)を添付する場合は、医師の証明は不要です。

・上記のとおり、入院し労務に服することが出来なかったことを認めます。

令和 年 月 日

領収書等添付 

医療機関 住所

電話番号 - -

名称

医師名

## ⑤【事業主証明欄】 事業主が申請する場合は不要です。

・上記のとおり、入院し労務に服することが出来なかったことを認めます。

令和 年 月 日

住所

電話番号 - -

事業所名称

事業主

## ⑥【組合員記入欄】 必ず記入してください。

・上記のとおり、仕事上の病気やけが、交通事故等の第三者行為ではないことを確認し、傷病手当金を申請します。

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿

申請年月日 令和 年 月 日

住所

組合員氏名

電話番号 - -

【組合使用欄】 \*組合にて使用します。記入しないでください。

## 保険給付費 傷病手当金支給決定伺

記号番号	87-	組合員氏名		資格取得日	年 月 日
支給日数	日	支給金額	円	支給日	日
				積算支給日数	日

支部受付

本部受付

常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員