

支給額	円		《記載例》				担当者	支部長	出張所長
	支 給 期 間	日 間	入 院 期 間	日 間	初・継/残	日	取 得	年 月 日	喪 失
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日		

赤字の部分のみ記入して下さい。

全国建設工事業国民健康保険組合 傷 病 手 当 金 請 求 書

様式業第13号

(第 回)

※(注意事項)

傷病の原因が負傷による場合は必ず「負傷届」または「第三者行為による負傷届」を添付してください。

※太枠の中を記入してください。

※証明をいたしてください。

医療機関から証明をもらってください

※太枠の中を記入してください。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号						組 合 員 氏 名							
93-	1	3	9	9	-	5	3	0	0	0	1	建 設 二 郎	
傷 病 名		直腸ポリープ						発病または負傷の年月日		平成 28年 12月 18日			
※発病の状態または負傷の原因		腹痛のため受診											
入 院 期 間		平成 28年 12月 18日 から 平成 29年 1月 25日 まで 39日間											

診 療 担 当 医 師 意 見 欄	患 者 名	建 設 二 郎			診療を開始した年月日	平成 28年 12月 18日		
	傷 病 名	直腸ポリープ			負傷の原因	1. 業務上による 2. 第三者行為に起因する ③ その他		
	入 院 期 間	平成 28年 12月 18日 から 平成 29年 1月 25日 まで 39日間						
	傷病の主症状及び経過概要	12/18 腹痛にて来院。造影剤検査の結果、直腸ポリープと診断。12/25 内視鏡にて切除施行。術後経過良好にて1/25 退院。						
	上記のとおり療養のため労務に服することができなかったことを認めます。							
平成 29年 1月 26日		医療機関	住所(所在地)	東京都中央区本町6-7 本町中央病院 03-1357-9110 中田 博 (印)				

上記のとおり請求します。なお、支給される給付金は下記の口座に振込みください。

平成 29年 2月 5日 全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿

組 合 員 (請 求 者)	住 所	(〒115- 5139) 電話 03 (5629)8275 東京都中央区中通5-8-20										
	フリガナ氏名	ケンセツ ジロウ			建設	組合員との続柄 (本人)						
振 込 先 金 融 機 関	金融機関コード	7	6	1	0	支店コード	1	6	7			
	国 保		銀行・農協 信用金庫・漁協			中 通		本店 出張所				
	預金種別	①普通 2.当座 4.貯蓄			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人		(カタカナで記入) ケンセツ ジロウ									

○組合員本人が死亡した場合のみ、法定相続人が上記に記入し、捺印の上、組合員との関係が分かる書類を添付してください。
○口座名義人欄は必ず組合員氏名(請求者)と同一のものを記入してください。
※「〇〇ケンセツ」「〇〇クマイ」等、事業所名義や団体名義等への口座振り込みはできません。
○記入内容を訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。