

支給額	/ / / / 円												起算日	令和	年	月	日
入院期間						支給期間						残日数	取得	年	月	日	
年	月	日	年	月	日	日	年	月	日	年	月	日		日	年	月	日
～						～							喪失	年	月	日	

全国建設工事業国民健康保険組合
入院給付金請求書

様式業第13号

※（注意事項）

一、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。
二、労働基準法の規定による療養補償、労働者災害補償保険法の規定による療養補償給付を受けることができる場合は、支給は行いません。
三、なお、支給後に療養補償給付を受けることとなった、または受けていることが判明した場合は、返還していただきます。
加入後三ヶ月以内の期間は支給されません。

被保険者記号・番号												組合員氏名						
93-					-													
傷病名 ※わからない場合は症状												発病または 負傷の年月日		平成 令和		年	月	日
今回の療養は どちらに該当するか		病気・ケガ						発病または 負傷の区分		1. 疾病等 2. 仕事以外（業務外） 3. 仕事（業務上） 4. 交通事故やケンカ等の第三者行為								
発病または 負傷の原因		1. 自然発症 2. 既往症の悪化 3. 転倒などの事故 4. 運動中の事故等 5. 自損事故 6. その他（ ） 7. 負傷届のとおり																
発病または 負傷の状況		※負傷届を提出している場合は記入不要																
入院期間												医療機関名				領収書等 添付 ☒		
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																☐		
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																☐		
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																☐		
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																☐		
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日																☐		

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証拠書類を添えて請求します。

なお、支給される給付金は下記の口座に振込みください。

令和 年 月 日

全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿

請求者 （組合員）	住所 電話	(〒 -) 電話 ()																
	氏名	(ふりがな)				組合員と 請求者の続柄				1. 組合員本人 2. 組合員本人以外 () ※ 2. は組合員死亡時のみ								
振込先 金融機関	金融機関コード				支店コード													
	銀行 農協 信用金庫 漁協 信用組合 労働金庫																本店 支店 出張所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄				口座番号 ※右詰め												
	口座名義人		(カタカナで記入)															

○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の上、組合員との関係がわかる書類（戸籍謄本等）を添付してください。

○口座名義人は、必ず請求者（組合員）氏名と同一のものを記入してください。

※「〇〇ケンセツ」「〇〇クミアイ」等、事業所名義や団体名義等への口座振込みはできません。

★ジェネリック医薬品で薬代を節約

新薬と同等の品質で安価なジェネリック医薬品。
切り替えの意思表示シールをお薬手帳等に
貼ってこの薬に切り替えて節約しましょう。

受付 年月日	本部	支部	出張所

※太枠の中を記入してください。

※入院期間がわかる書類を添付してください。

※太枠の中を記入してください。