

(様式17号)

令和 年 月 日 支給

支 部 長 印

支給 期 間	自 令 年 月 日	支 給 額
	至 令 年 月 日	
	日間	

担 当 者

傷病手当金支給申請書

(第 種組合員)

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	宮 建	組 合 員	資 格 取 得 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
			生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和 年 月 日	傷 病 名					
発 病 の 状 態 又 は 負 傷 の 原 因	ケガ等の場合は該当に○をつけ、いつ、どこで、どのような状況でケガをしたか、ご記入ください。 1: 第三者行為 (交通事故等) 2: その他 (自損事故・疾病等) ※原因により、支給できない場合があります。						
療 養 を 受 け た 病 院 又 は 診 療 所 の 所 在 地 ・ 名 称 及 び そ の 期 間	所 在 地 名 称 期 間 令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで						
前 回 支 給 を 受 け た 期 間 と そ の 傷 病 名	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで					日 間	
	傷 病 名						

公金受取口座を利用します。(希望者は□にチェック)
※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。

振込金融機関 (組合員様名義の口座)	銀行名	銀行 信 金 信 組 農 協 労 金 其 他	支店名	本店	預金の種類	普通・当座・貯蓄
			支店		口座番号	

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	・ 申請書の裏面に医師の意見及び証明
----------	--------------------

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 _____ 電話番号 _____

組 合 員 住 所 _____

フリガナ _____
氏 名 _____ (印)

(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	宮 建	被 保 険 者 氏 名 (組 合 員)	
療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 及 び 証 明	傷 病 名		
	療 養 の 給 付 を 行 っ た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	日 間
	労 務 不 能 と 認 め た 期 間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで	日 間
	診 療 実 日 数		日
	症 状 及 び 経 過		
	令 和 年 月 日 所在地 保 険 医 療 機 関 等 の 名 称 保 険 医 師 の 氏 名		