

(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)

被保険者証 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 その他	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

被保険者証 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 認められた期間	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		