

北海道建設国民健康保険組合 傷病手当金(入院外)支給申請書

被保険者証 記号・番号	北建 —	氏名	種別	種	受診 年月	平成	年月		
1	医療機関名	病気・ケガ(私傷病・交通事故・業務中)	通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15					通院日数
	傷病原因			16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					日
2	医療機関名	病気・ケガ(私傷病・交通事故・業務中)	通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15					通院日数
	傷病原因			16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					日
3	医療機関名	病気・ケガ(私傷病・交通事故・業務中)	通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15					通院日数
	傷病原因			16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					日
4	医療機関名	病気・ケガ(私傷病・交通事故・業務中)	通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15					通院日数
	傷病原因			16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					日
申請日数 (同一日に複数の医療機関等に通院した場合あわせて1日とします。)			申請額 (申請日数×2,000円です。)					円	
日									
上記のとおり傷病手当金(入院外)を申請します。									
平成 年 月 日									
住所 _____									
組合員 (申請者) 氏名 _____ 印									
上記組合員(申請者)から申請ありましたので提出します。									
北建国保 支部長 印									
北海道建設国民健康保険組合 理事長 様									

※ 注意事項

1. 日額は種別にかかわらず1日2,000円です。
2. 支給日数は年度中(4月1日から翌年3月31日まで)に30日を限度とします。
3. 入院外と入院が同一日にあった場合、傷病手当金は入院での支給対象となります。
4. 調剤(保険薬局での薬の処方)は、支給対象外です。
5. 申請書は月単位で記入し、提出してください。
6. 組合員が死亡した時は、相続人が申請者となります。

北建国保使用欄

審査・決定	前 回			今 回		
	支給日数	支給額	残日数	支給日数	支給額	残日数
備考						

本部受付日付