

傷病手当金(入院外)支給申請書 記入例

別記第29号様式の2

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 30 — 1	氏名	北 建太郎										種 別	1 種	受診 年月	平成 27年 4 月																
⑤ 医療機関名	① 平岸病院										⑦ 通院日	1 2 ③ 4 5 6 7 8 9 ⑩ 11 12 13 14 15										④ 通院日数	2 日									
⑥ 傷病原因	② 病気 (私傷病・交通事故・業務中)										⑦ 通院日	1 6 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										④ 通院日数	2 日									
2 医療機関名	北建整形外科										⑦ 通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 ⑩ 11 12 13 14 15										④ 通院日数	2 日									
2 傷病原因	② 病気 (私傷病・交通事故・業務中)										⑦ 通院日	1 6 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										④ 通院日数	2 日									
3 医療機関名	ほっけん眼科										⑦ 通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 ⑩ 15										④ 通院日数	1 日									
3 傷病原因	② 病気 (私傷病・交通事故・業務中)										⑦ 通院日	1 6 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										④ 通院日数	1 日									
4 医療機関名											⑦ 通院日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										④ 通院日数	日									
4 傷病原因											⑦ 通院日	1 6 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										④ 通院日数	日									
⑨ 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。)										⑩ 申請額	(申請日数×日額2,000円です。)																				
⑨	4 日										⑩	8,000 円																				
上記のとおり傷病手当金(入院外)の支給を申請します。																																
平成 27年 5 月 1 日																																
組合員 住 所 札幌市豊平区平岸4条9丁目10-20 (申請者) 氏 名 北 建太郎																																
上記組合員(申請者)から申請が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						

本部受付日印

- ① 組合員の被保険者証番号を記入してください。
- ② 組合員の氏名を記入してください。
- ③ 組合員種別を記入してください。
- ④ 医療機関を受診した年月を記入してください。
- ⑤ 受診した医療機関名を記入してください。
- ⑥ 傷病原因は「病気」か「ケガ」のいずれかに○を記入してください。「ケガ」の場合、さらに「私傷病」「交通事故」「業務中」のうちいずれかに○を記入してください。
- ⑦ ⑤の医療機関に通院した日すべてに○を記入してください。
- ⑧ 通院日の合計日数を記入してください。
- ⑨ 申請日数を記入してください。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。
- ⑩ 申請額を記入してください。申請額は、申請日数×日額2,000円です。

傷病手当金(入院外)について

組合員が、私傷病によって医療機関等に通院(入院外)した場合に支給対象となります。

1. 対象となるもの
医科、歯科、訪問看護、柔道整復、はり・きゅう での入院外療養
2. 対象とならないもの
調剤(薬局)、ガン検診や健康診断、歯科でのインプラント治療などの保険外診療
3. 支給額
1日につき2,000円
4. 支給日数
組合員1人につき年度中30日を限度とします。
5. 添付書類
必要ありません。