

記入例

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

別紙1

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	平令元年 5月
1	医療機関名	平岸病院	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	病気・ケガ (私傷病・交通事故・業務中)	通院日	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	2 日		
2	医療機関名	北建整形外科	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	病気 ④ケガ (私傷病・交通事故・業務中)	通院日	16 17 18 19 20 21 22 23 24 ⑫ 25 26 27 28 29 30 31	2 日		
3	医療機関名	ほっけん眼科	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	病気 ④ケガ (私傷病・交通事故・業務中)	通院日	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 日		
4	医療機関名		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	病気・ケガ (私傷病・交通事故・業務中)	通院日	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×日額2,000円です。)				
4 日			8,000 円				
<p>上記のとおり傷病手当金(入院外)の支給を申請します。</p> <p>令和元年6月24日</p> <p>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 北 ⑩</p> <p>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。</p> <p>北建国保 支部長 印</p> <p>北海道建設国民健康保険組合 理事長 様</p>							

※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。
7. 鉛筆や消えるボールペンで記入しないでください。

北建国保使用欄

本部受付日印

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
					,000	
備考						