

決 裁 長	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	課 長	係 長	主 任	担 当 者	
支出費目	款	保険給付費	項	傷病諸費	目	傷病手当金	節	負担金補助及び交付金
支給(出)金額	¥	資格取得	年 月 日	受付No.	保険料	月		
前回迄の支払期間	年 月 日	日間	詳細					
	年 月 日	日間						
支給期間	年 月 日	日間	算出方法					
	年 月 日	日間		円 × 日 = 円				
備考								

(注) この欄は記入しないこと。

※黒枠に必要事項を記入して下さい

傷病手当金請求書										
被保険者証の記号番号			建国 枝番		療養を受けた者の氏名					
個人番号			生年月日		年 月 日生					
医師の証明書	傷病名			療養の給付開始年月日		年 月 日				
	就労不能と認めた期間			年 月 日から		年 月 日まで		日間		
	入院期間			年 月 日から		年 月 日まで		日間		
	傷病の主病状及び経過概要									
	年 月 日			所在地		医療機関名称		(印)		
上記のとおり請求します。										
年 月 日			住所		組合員 氏名					
大阪建設国民健康保険組合理事長殿										
送金方法にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(振込手数料はかかりません)									
	ゆうちょ銀行			通帳記号		通帳番号(右詰めでご記入ください。)				
	フリガナ			1         0		1				
	氏名									
	(組合員本人に限る)									
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の銀行(振込手数料は差し引いて振込みます。)									
	銀行名		銀行・信用金庫			支店				
	預金種類		普・当座・( )		口座番号					
	フリガナ									
	氏名									
(組合員本人に限る)										
<input type="checkbox"/> 支部窓口										
組合記載欄				支給日		年 月 日				