

理事
長
の
決
定
し、
支
払
い
を
命
ず
る

理 事	事務局長	事務局次長	課 長	係	支 部	支 所

傷病手当金請求書

様式第13号

◇ ※印の欄は記入しないでください。
◇ 支給対象期間において賃金を受けることができる場合には、その額の限度において給付は受けられません。

◆ 医師へのお願ひ
建設連合国保を使用した入院についてのみ証明をお願いします。

被保険者の記入欄	被保険者証記号番号	組合員の氏名	生年月日	※受付年月日		
			明治 大正 昭和 平成 年 月 日生	年	月	日
	資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	療養のため業務に服することが できなかった期間とその日数			年 月 日から 年 月 日まで 日間
	発病又は負傷年月日	昭和 平成 年 月 日				年 月 日から 年 月 日まで 日間

療養を担当した医師の証明欄	傷病名					
	上記傷病名について入院を開始した年月日	平成 年 月 日	上記の傷病名で入院した期間および日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	主な症状および経過概要					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 〒 - - - - - 所在地 _____ 医療機関等の 名称 _____ 電話 _____ 医療機関コード _____ 医師名 _____ 印					

被保険者の記入欄	上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒 - - - - -					
	住所 _____ 組合員 氏名 _____ 印 電話 _____ 建設連合国民健康保険組合 殿					
	振込先金融機関	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類 1:普通総合 2:当座 3:貯蓄	番号(右につめて記入してください)
	(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください)	ゆうちょ銀行	記号	番号(右につめて記入してください)		
口座名義(カナ)						

(注) 給付金は直接本部より口座に振り込みます。

※決裁欄	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	入院	日 × 円 日 × 円				
	備考(不支給の理由)	医療機関コード - - - - -						

※本部決裁欄	右のとおり支給額を決定してよろしいか	支給決定額					円
						不支給	



入力処理	備 考
未 決 定	
保 留	
長 期 保 留	
決 定	
訂 正	



【傷病手当金】の申請について

組合員本人が病気や負傷で建連国保を使用し、療養のため 3 日以上入院をして事業又は業務に従事することができなかつた場合、最高 90 日間を限度に、1 日につき 2,500 円を入院見舞金として支給します。

但し、過去に同一関連疾病においてすでに 90 日間満額支給を受けた場合は、(注)最終支給日より 3 年以上経過すれば新たに申請できます。

* 原則、保険適用とならない入院については対象となりません。

【申請に必要なもの】

○	傷病手当金請求書 (証明欄に医師の証明)
	負傷原因報告書 (負傷の場合のみ)

※90 日間満額支給を受け、同一疾病において新たに申請を行う場合、最終支給日より 3 年以上経過すると再度申請をおこなうことができます。

※90 日に満たない申請を 3 年以内に複数回を行った場合は合算した 90 日目が最終支給日となります。