

| | | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|-----|-----------|--------|-----|-----|
| 決 | 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 決 裁 年 月 日 | 処 理 | 入 力 | 照 合 |
| 裁 | | | | | 平成 年 月 日 | | | |

傷 病 手 当 金 支 給 申 請 書

| | | | |
|--|-----------------------|------------------|----------------------------|
| 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | | 組 合 員 氏 名 | |
| | | 生 年 月 日 | 昭 平 年 月 日 |
| 傷 病 名 | | 資 格 取 得 年 月 日 | 昭 和 年 月 日 平 成 |
| 傷 病 の 原 因 | | | |
| 療 養 を 受 け た 医 療 機 関 | 所 在 地 名 称 | | |
| 申 請 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日 間) | | |
| 他 の 法 令 に よ る 傷 病 手 当 金 (休 業 保 障) の 支 給 の 有 無 | あ る な し | 前 支 給 の 有 無 | あ る 年 月 日 (日 間) ・ な し |
| 備 考 | | | |

上記のとおり申請します。
なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込み下さい。

平成 年 月 日

住 所
組 合 員 氏 名
TEL () -



愛知建連国民健康保険組合理事長 殿

下記の通りの支給を決定してよろしいか。

| | | | |
|-------|-------------------------|-----------|-----|
| 決 定期間 | ※ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日 間) | 支 給 決 定 額 | ※ 円 |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日 間) | | |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日 間) | | |

| | | |
|-------------|------|-----------------------------|
| 振 込 先 | | (銀 行) (信 用 金 庫) (本 店) |
| | | (農 協) (信 用 組 合) (支 店) |
| | | (出 張 所) |
| | 預金種別 | (普 通) (当 座) |
| | 口座番号 | |
| | フリガナ | |
| | 口座名義 | |

| | |
|-----------|-----------|
| 本 部 受 付 欄 | 支 部 受 付 欄 |
| 本 部 受 付 印 | 支 部 受 付 印 |

◎ 申請者は太枠の部分を記入してください。※は記入しないでください