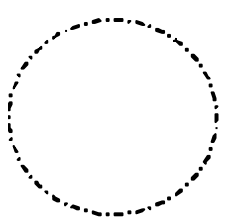


# 傷病手当金支給申請書

様式 9-1

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	支給決定 伺	支給決定額 円		入力	
								令和 年 月 日			
被保険者証 の記号、番号		新建 ー		組合員氏名				級区分	級		
				生年月日	昭・平 年 月 日						
傷病名					医療機関の名称						
区分		一般 ・ 自損			申請期間	自 令和 年 月 日		日間分			
		至 令和 年 月 日									
入院年月日		令和 年 月 日			他の法令により傷病 手当金(休業保障) の支給の有無	労災 自賠		できる できる		できない できない	
前受給の有無		ある ・ ない			支 部 名				支 部 長 印		
受取人の支払金融機関		金融機関名		店名	預金種別	口座名(カナ/漢字)		口座番号			
		上記のとおり傷病手当金			円を申請します。						
		令和 年 月 日			申請人住所			氏名			
		新潟県建築国民健康保険組合 理事長様									