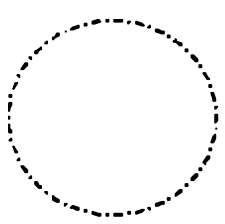


傷病手当金支給申請書

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			
記号番号		新建		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	
								カナ 漢 字			
		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									