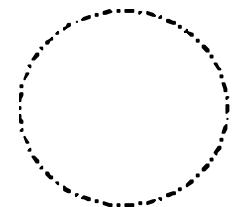


傷病手当金支給申請書

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			入 力	
								令和 年 月 日	円	令和 年 月 日		
被保険者証 の記号、番号	新建 一						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 年 月 日	至 年 月 日	日間分		
入院年月日							他の法令により傷病手当金(休業保障)の支給の有無	労災	できる	できない	自賠	できる
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						
 上記のとおり傷病手当金 円を申請します。							申請人住所 氏名					
令和 年 月 日 新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿												