

支給決定	金額	0 0 0					認 印				
		理事長	常務理事	事務長	課長	係					
年月日											

傷病手当金支給申請書													
被保険者証の記号番号												業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
組合員の氏名							生年月日	昭和 平成	年月日				
※加入年月日	昭和 平成 令和	年月日	※受給資格 発生年月日	昭和 平成 令和	年月日								
発病又は負傷年月日	年月日			傷病名									
入院した期間	入院期間①		年月日	から	日まで	日間							
	入院期間②		同月	日から	日まで								
入院した病院診療所等の名称及び所在地	名称												
	所在地												
受取方法	銀行 信用金庫		店		口座番号								
	フリガナ		普通・当座										
	口座名義												
上記のとおり申請します。													
令和 年 月 日 ー ー													
乙種組合員住所													
氏名										印			
福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿													
甲種組合員 証明欄 (勤務先院長先生)	上記のとおり申請します。												
	甲種組合員記号番号 . 0 0 0												
	甲種組合員氏名										印		

処理欄	既支給日数	日
	今回支給日数	日
	支給日数累計	日

「注」ご記入の際には、裏面をお読み下さい。