

印  
課長 係

月毎・医療機関毎に1枚申請してください。

青文字の部分をご記入、捺印ください。  
A4サイズの内紙で印刷してください。

該当する番号に○をつけてください。

この1行は未記入で結構です。

### 傷病手当金支給申請書

被保険者証の記号番号	9 9 9 9 9 9 0 0 1	業務上・外、第三者行為の有無	<input type="radio"/> 1. 業務上 <input type="radio"/> 2. 第三者行為である <input checked="" type="radio"/> 3. その他
組合員の氏名	国保組合 あかり		
※加入年月日	平成 年 月 日		
病又は負傷年月日	年 月 日		
入院した期間	入院期間①	令和 元 年 5 月 5 日から 10 日まで	6 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	〇〇〇〇総合病院	
	所在地	×××市×××〇丁目〇〇〇番地	
受取方法	△△△ 銀行 信用金庫	▲▲▲ 支店	× × × × × × × ×
		普通・当座	
ご希望の振込金融機関をご記入ください。		ナ	コクホクマイ アカリ
		義	国保組合 あかり

分からない場合は「不詳」

入院期間と日数をご記入ください。  
同月内に複数回入院した場合は、入院期間を分けてご記入ください。  
入院が複数月にまたがる場合は、月毎

左詰でご記入ください。

上記のとおり申請します。

令和 元 年 5 月 30日

〒 810-xxxx  
乙種組合員住所 ×××市×××〇丁目〇番地

入院時に勤務していた診療所の院長先生にご記入・捺印  
 氏名 国保組合 あかり 組合印  
 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 99・9999 0 0 0

甲種組合員氏名 歯科医師 太郎 医歯士印

処理欄	既支給日数		日
	今回支給日数		日
	支給日数累計		日