

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

傷病手当金支給申請書【HP/R7.7】											
被 保 険 者 号 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 年 月 日 令和					※ 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	日まで		日間
	入院期間②					同 月	日	から	日	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			
						普通・当座					
	フリガナ										
口座名義											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 ー</p> <p>乙種組合員住所</p> <p>氏名 印</p> <p>福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>											
甲 種 組 合 員 証 明 欄 (勤務先院長先生)	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>甲種組合員記号番号 ー 0 0 0</p> <p>甲種組合員氏名 印</p>										

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。