

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 記号番号	999999001	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	国保組合 あかり		
※加入年 月 日	和 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	× × × × × × × ×
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。

ご希望の振込金融機関をご記
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
いただいでください。

氏名 国保組合 あかり 国保
組合
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 000

甲種組合員氏名 歯科医師 太郎 医歯
師科

処 理 欄	既支給日数	日
	今回支給日数	日
	支給日数累計	日