

決 済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

傷病手当金 支給申請書

- 対象 引き続き6か月以上第一種組合員であるものが、疾病又は負傷のため7日以上引き続き医業または業務に従事することができなくなったとき
- 支給期間 支給を始めた日から起算して3年間に90日まで

被保険者証	記号		番号							
組合員氏名				生年月日	昭	平	年	月	日	
個人番号										
傷病名				発病・負傷年月日			年	月	日	
医業又は業務に従事できなくなった期間・日数	年 月 日 ~			年 月 日	日間					
担当医師の 所見・証明	原因	第三者行為による場合はその旨記載								
	傷病の経過									
	医療機関	名称							所在地	担当医
所属郡市医師 会長の意見	氏名・職印									印
振込先口座				銀行・信金 労金・農協	本店・支店					
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号						
	フリガナ									
	口座名義人									
<p>上記により傷病手当金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">——個人番号——</p> <p>長野県医師国民健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>										

※太枠の中を記入してください

支給日数	日	支給額	円