

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和 年 月 日			

処理欄	受付印	支給期間				支給日数	支給額				電算入力
		自	年	月	日	日				円	
			年	月	日	累計日数	支給年月日				
	至	年	月	日	日	日	年	月	日		

国民健康保険傷病手当金支給申請書(甲種組合員)(第 回目)

(注意事項) ○太枠の部分すべて記入の上、主治医に意見欄を記入してもらった後、所属の地域医師会へ提出して下さい。
○申請書は暦月ごとにご提出下さい。
○同月内で病院、診療所を変更したときは、病院、診療所ごとに申請書をご提出下さい。

甲種組合員記入欄	被保険者証号 記号・番号	記号	番号	氏名	
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	傷病名			発病又は 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
	発病又は 負傷の原因				
	業務に 従事した 期間	令和 令和	年 月 日 年 月 日	日から 日まで	日間
	業務の状況 (業務不能 医療機関状況)	休診・診療継続		診療継続の場合 は診療を行って いる者の氏名	
	前受給の有無	有・無		左の期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで 日間
	※振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号
		銀行 信用金庫	本店 支店	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	口座名義
					フリガナ

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日 〒 ー TEL () ー
住所
甲種組合員 氏名
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿 (※自署の場合は押印不要。自署以外の場合、記名押印)

主治医の意見欄 (※本組合の傷病手当金の意見書交付料は、診療報酬明細書にて請求してください。)	傷病者氏名		傷病名	
	発病又は 負傷年月日	平成 令和 年 月 日	発病又は 負傷の原因	
	業務不能と 認められた期間	令和 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間	左の期間中の 診療実日数	日間
	傷病の主 状態及び 経過概要 業務不能に 関する意見			
	うえの期間中に 入院した期間 場合はその期間	令和 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名			印

地域医師会長の証明欄	業務不能と 認められた期間	令和 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	業務不能に 関する意見		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 [] 医師会長		印