

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			給付記録	電算入力
		自	年	月	日					
			年	月	日	累計日数	支給年月日			
		至	年	月	日		年	月		

国民健康保険傷病見舞金支給申請書（第 回目）

（注意事項）

○太枠の部分をすべて記入の上、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、それぞれの病院、診療所ごとに申請書をご提出下さい。

甲種組合員記入欄	後期高齢者組合員証番号	記号	番号	氏名
	福医			
	生年月日	大正 昭和 年 月 日	後期高齢者組合員証交付年月日	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			
	入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	業務の状況（業務不能中の医療機関状況）	休診・診療継続	診療継続の場合に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
	※振込先	銀行名 支店名 預金種別 口座番号	口座名義	
		銀行 本店 支店 ①普通 ②当座 ③貯蓄	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	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	
	入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	傷病の主状態及び経過概要			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所（所在地） 医療機関名 医師 氏名 (印)			

地域医師会長の証明欄	入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	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)		