

|    |          |     |    |   |
|----|----------|-----|----|---|
| 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    |      |       |  |      |      |
|     |     | 至    | 年 | 月 | 日    | 累計日数 | 支給年月日 |  |      |      |

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                                                                                                     | 後期高齢者証<br>組合員番号             | 記号                       | 番号                       | 氏名                                |
|                                                                                                              | 福医                          |                          |                          |                                   |
|                                                                                                              | 生年月日                        | 大正 昭和 年 月 日              | 後期高齢者証<br>交付年月日          | 平成 令和 年 月 日                       |
|                                                                                                              | 傷病名                         |                          | 発病又は<br>負傷年月日            | 平成 令和 年 月 日                       |
|                                                                                                              | 発病又は<br>負傷の原因               |                          |                          |                                   |
|                                                                                                              | 入院した期間                      | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |                          |                                   |
|                                                                                                              | 業務の状況<br>(業務不能中の<br>医療機関状況) | 休診・診療継続                  | 診療継続の場合<br>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<br>平成 令和 年 月 日まで 日間 |
|                                                                                                              | ※振込先                        | 銀行名                      | 支店名                      | 預金種別                              |
|                                                                                                              |                             | 銀行<br>信用金庫               | 本店<br>支店                 | ① 普通<br>② 当座<br>③ 貯蓄              |
| 上記のとおり申請します。<br>令和 年 月 日 〒 ー TEL ( ) ー<br>住所<br>甲種組合員<br>氏名<br>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<br>負傷年月日                                            | 平成 令和 年 月 日              | 発病又は<br>負傷の原因 |  |
|         | 入院した期間                                                   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |               |  |
|         | 傷病の主<br>状態及び<br>経過概要                                     |                          |               |  |
|         | 上記のとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日 住所(所在地)<br>医療機関名<br>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<br>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。<br>令和 年 月 日 [ ]医師会長 (印) |                          |    |