

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
		至	年	月	日	日
		累計日数		支給年月日		

国民健康保険傷病手当金支給申請書(乙種組合員)(第 回)

(注意事項)

○大枠の部分(○)は、申請書提出時に提出して下さい。○は、それぞれ病院、診療所ごとに申請書をご提出下さい。

○同月内で病院、診療所を複数変更したときは、それぞれの病院、診療所ごとに申請書をご提出下さい。

○受給資格は組合に加入した日から91日目に取得となります。

乙種組合員記入欄	被保険者証号・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
	傷病名				発病又は負傷年月日
	発病又は負傷の原因				
	入院した病院診療所の名称及び所在地	名称			
		所在地			
	入院した期間	令和 年 月 日から	日間	令和 年 月 日まで	
	前受給の有無	有・無	左の期間	平成 令和 年 月 日から	日間
				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
	銀行 信用金庫	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 〒 []-[] TEL () -					
住所					
乙種組合員 氏名 (印)					
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)					

甲種組合員証明欄	傷病者氏名	労務に服さなかった期間のうち、給料を支給しなかった期間	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日 〒 []-[] TEL () -				
住所				
甲種組合員 氏名 (印)				