

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(乙種組合員)(第 回目)

(注意事項)

○大枠の部分(被保険者証、生年月日、傷病名、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、入院した期間、前受給の有無、※振込先)は、申請書提出時に提出して下さい。
○申請書は、提出時に提出して下さい。
○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。
○受給資格は組合に加入した日から91日目(取得)となります。

乙種組合員記入欄	被保険者証 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																						
	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	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				口座名義												
		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 〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 TEL () - 住所 乙種組合員 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)																							

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	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 〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 TEL () - 住所 甲種組合員 氏名								