様式第１４号

| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | 平成　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 | 日 | 円 | | |
| | | 至　年　月　日 | 累計日数 日 | 支給年月日　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 1 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、各医師会へ提出して下さい。
○申請書は歴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**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証記号・番号 | 記号 福医 0 3　番号 1 2 3 4 0 0 0 | 氏名 | 国保 太郎 |
| 生年月日 | 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 資格取得年月日 | 昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |
| 傷病名 | 肝硬変 | 発病又は負傷年月日 | 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 |
| 発病又は負傷の原因 | 不詳 | | |
| 業務に従事しなかった期間 | 平成 ○○ 年 10 月 1 日から<br>平成 ○○ 年 10 月 31 日まで　31 日間 | | |
| 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 年 月 日から<br>平成 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 コクホ タロウ<br>国保 太郎 |

上記のとおり申請します。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　〒 8 1 2 - 0 0 1 6　TEL（ 092 ） 431 － 1988

住所　福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

甲種組合員

氏名　国保 太郎　（印）

福岡県医師国民健康保険組合理事長　殿

**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 | 国保 太郎 | 傷病名 | 肝硬変 |
| 発病又は負傷年月日 | 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 発病又は負傷の原因 | |
| 業務不能と認めた期間 | 平成 ○○ 年 10 月 1 日から<br>平成 ○○ 年 10 月 31 日まで　31 日間 | 左の期間中の診療実日数 | 25 日間 |
| 傷病の主状態及び経過概要と業務不能に関する意見 | 業務不能と認められた医学的所見 | | |
| うえの期間中に入院した期間がある場合はその期間 | 平成 ○○ 年 10 月 1 日から<br>平成 ○○ 年 10 月 25 日まで　25 日間 | | |

上記のとおり相違ありません。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医師　住所（所在地）福岡市○○区○○○○○

医療機関名　○○病院

氏名　○○ ○○　（印）

**各医師会長の証明欄**

| | |
|---|---|
| 業務不能と認めた期間 | 平成 ○○ 年 10 月 1 日から<br>平成 ○○ 年 10 月 31 日まで　31 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。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

○○○ 医師会長　○○ ○○　（印）

（10.11）