

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	支給年月日			

国民健康保険傷病見舞金支給申請書（第 1 回目）

(注意事項)
○太枠の部分すべて記入の上、主治医に意見欄を記入してもらった後、各都市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 組合員証番号	記号	番号	氏名	国保太郎	
	福医	031234000				
	生年月日	明治 大正 昭和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	後期高齢者 組合員証交付 年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	傷病名	肝硬変			発病又は 負傷年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	発病又は 負傷の原因	不詳				
	業務に従事した 期	平成 〇〇年 10月 平成 〇〇年 10月	1日から 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 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
	〇〇〇	銀行 信用金庫	〇〇〇 本店 〇〇〇 支店	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	フリガナ 国保太郎

上記のとおり申請します。
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〒 812-0016 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
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿

主治医の意見欄	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	発病又は 負傷の原因	
	入院した期間	平成 〇〇年 10月 1日から 平成 〇〇年 10月 31日まで	31日間	
	傷病の主 状態及び 経過概要	業務不能と認められた医学的所見		
	上記のとおり相違ありません。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所(所在地) 福岡市〇〇区〇〇〇〇〇 医師 医療機関名 〇〇病院 氏名 〇〇〇〇			

郡市医師会長の証明欄	入院した期間	平成 〇〇年 10月 1日から 平成 〇〇年 10月 31日まで	31日間	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 郡市医師会長 〇〇〇〇			