

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	電算入力
		自	年	月	日	日	円
		至	年	月	日	累計日数	支給年月日
					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 1 回目)

(注意事項)
 ○○○○太枠の部分すべて記入の上、甲種組合員の証明を受けて下さい。
 ○同月内で病院、診療所を複数に加入した場合は、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。診療所ごとに申請書をご提出下さい。

乙種組合員記入欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	氏名	福岡 花子	
		福医	0 3 1 2 3 4 0 0 1			
	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	資格取得 年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	傷病名	子宮筋腫		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				
	入院した病院 診療所の名称 及び所在地	名称	〇〇病院			
		所在地	福岡市〇〇区〇〇〇〇〇			
	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			
	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 支店	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ フクオカ ハナコ 福岡 花子	
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 (〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 住所 福岡市博多区博多駅南1丁目1番1号 乙種組合員 氏名 福岡 花子 福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿						

甲種組合員証明欄	傷病者氏名	福岡 花子	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	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 〒 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				