

傷病手当金支給申請書記入例

傷病手当金支給申請書(第1回)

組合員記入欄	被保険者証 記号・番号	31 - 01234567	被保険者別	第一種 組合員	第二種 組合員
	住所	横浜市中区富士見町3 - 1			
	氏名	医師 太郎	生年月日	明治・大正 昭和・平成	23 年 4 月 5 日
医師又は 歯科医師の 意見記入欄	傷病名		発症年月日	年 月 日	
	原因				
	主症状及び 経過の要 概				
	業務不能期間	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	月 日間	
	支給決定上の 参考意見				
	上記の通り相違ありません。	担当医師	住所		
	平成 年 月 日	氏名			
郡長 市医師 会意見	上記の通り相違ないものと認めます。	(郡・市・区)医師会長	住所		
	平成 年 月 日	(従業員の場合、この欄の 記入は必要ありません。)	氏名		
上記の通り傷病手当金の支給を申請いたします。					
平成 24 年 5 月 6 日					
〒 231 - 0037					
組合員住所 横浜市中区富士見町3 - 1					
電話 (045) 231 - 2685					
氏名 医師 太郎					
神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿					

被保険者証の8ケタの番号
を記入して下さい。

第一種組合員：事業主
第二種組合員：従業員
どちらかを で囲って下さい。

ご自宅の住所を記入して下
さい。

ご本人のお名前を記入して
下さい。

生年月日を記入して下さい。

投函日を記入して下さい。

お振込完了後、こちらに
記載された住所へ送金通知書
をお送りいたしますので、ク
リニックもしくはご自宅を記
入して下さい。

ご希望の振込先を記入し
て下さい。口座番号は左づめ
で記入して下さい。
金融機関コードと支店コード
も記入して下さい。(わかる
範囲で構いません)

金額 ￥ 0 0 0 円

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組 合 漁業協同組 合	支店 本店	預金種目 (フリガナ)	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	番号 (2304)	出張所 番号 (1)	口座名義人 イシ タロウ 医師 太郎			

決 裁	常務理事	事務長	次 長	課 長	係長・主任	係	受 付
平成 年 月 日 決定							

業務不能期間について

業務に服することができなくなった初月から、1ヶ月単位(第1回の申請時30日未満の場合は不可)で記入して下さい。

(例1) 1月1日 ~ 1月31日
(例2) 1月9日 ~ 2月 8日

端数が出た場合は日割り計算となります。
もし端数が15日以内であるなら、1枚にまとめていただき、
15日を超える場合は1ヵ月分を1枚、端数分を1枚と分けてご申請下さい。
業務を再開されましたら、余白がメモ書きにて業務を再開した旨をお知らせ下さい。

こちらの欄は担当医師による
意見欄になりますので、
申請用紙の枚数分必要にな
ります。
医療機関より発行された、
医師の意見書のようなもの
で、担当医師の記名捺印が
あるものであれば、この欄
に代わって、別紙として添
付いただければ、受付致し
ます。ただし、その場合も
申請用紙に1枚につき1枚

こちらの欄は第一種組合員
の方がご申請の際に必要な
になります。第一種組合員
の方は、所属の郡市医師会へ
お送り下さい。
第二種組合員の方は必要あ
りませんので、直接医師国
保へお送り下さい。