

傷病手当金支給申請書(第 回)

組合員記入欄	個人番号											
	被保険者証記号・番号	31 -					被保険者別	第一種組合員	第二種組合員			
	住所											
	氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	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											
	主症状及び経過の概要											
	業務不能期間	自令和	年	月	日	至令和	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 令和 年 月 日 氏名 (印)											
郡長市の医師会見	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 令和 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 (印)											
	上記の通り傷病手当金の支給を申請いたします。 令和 年 月 日 〒 - 組合員住所 電話 () - 氏名 (印) 神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿											

金額	¥	+	万	千	百	+	-	円
0 0 0								

振込先	銀行	支店	預金種目	1.普通 2.当座 3.その他 (フリガナ)	口座番号						
	信用金庫	本店	(フリガナ)								
	信用組合 農業協同組合 番号()	出張所	口座名義人								

決裁	常務理事	事務長	次長	課長	係長・主任	係	受付
	令和 年 月 日 決定						