

# 傷病手当金支給申請書(第 回)

組合員記入欄	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	明治・大正 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 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 年 月 日 〒 - 組合員住所 電話 ( ) - 氏 名 神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿				

金 額	¥	+	万	千	百	+	-	0 0 0	円
-----	---	---	---	---	---	---	---	-------	---

振 込 先	銀行	支 店	預 金 種 目	1. 普 通	口 座 番 号								
	信用金庫	本 店		2. 当 座									
	信用組合	出 張 所	(フリガナ)	3. その他									
番号( )	漁業協同組合	番号( )	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
平成 年 月 日 決定							