

伺	決 裁 年 月 日		令 和 年 月 日	
	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

傷病手当金支給申請書				(第 回)
被 保 險 者 証 の 記 号 番 号		療 養 を 受 け た 1 種 組 合 員 氏 名		
傷 病 名			入 院、入 院 外 の 別	入 院 ・ 入 院 外
発 病 又 は 負 傷 の 原 因、 年 月 日			令 和 年 月 日	
療 養 を 受 け た 医 療 機 関 名 及 び 所 在 地				
療 養 の た め 医 業 に 従 事 で き な く な っ た 日	令 和 年 月 日	支 給 申 請 の 期 間	自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日	
医 業 に 従 事 で き な く な っ た 日 から 11 日 目 に あ っ た 日	令 和 年 月 日 (支 給 起 算 日)		日間	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>1 種 組 合 員 住 所 氏 名 ㊟</p> <p>三重県医師国民健康保険組合 様</p>				
主 治 医 の 所 見	傷 病 の 経 過 概 要			
	証 明	<p>上記申請書の傷病及び医業に従事しないことについての記載に誤りはないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>主治医 氏 名 ㊟</p>		
所 属 支 部 長 証 明	<p>上記申請書の記載に誤りのないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>支部長 ㊟</p>			
支 給 対 象 日 数	* 日	振込銀行をご記入下さい。		
支 給 決 定 額	* 円	銀行	支店	
		普通・当座 No.		
*印の欄は記入しないで下さい。		(フリガナ) 名 義		

◎ 治癒復業したときは、復業届を提出して下さい。