

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)				
被保険者証の 記号番号		2・4種組合員 氏 名		
傷 病 名		資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
発病又は 負傷の原因		発病又は 負傷年月日	令和	年 月 日
療養を受けた医療 機関名及び所在地	名 称			
	所在地			
入 院 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
主治医 の所見	傷病の 経過 概要			
	証 明	上記申請書の入院期間等についての記載に誤りはないことを証明する。 令和 年 月 日 主治医 氏 名 ⑩		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 1・3種組合員 住 所 氏 名 ⑩ TEL () 2・4種組合員 住 所 氏 名 ⑩ TEL () 三重県医師国民健康保険組合 様				
支給対象期間	※ 自 令和 年 月 日	振込銀行をご記入下さい。		
	至 令和 年 月 日	銀行 信用金庫	支店 出張所	
支給対象日数	※ 日	普通・当座	No.	
支給決定額	※ 円	(フリガナ)		
		名 義		
※印の欄は記入しないで下さい。				

※転院された場合は、医療機関ごとに申請下さい。