

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

復 業 届			
被保険者証の記号番号			
傷 病 名		入院、入院外 の 別	入院・入院外
療養を受けた医療 機関名及び所在地			
傷病手当金の 支給を受けた期間	自 令 和 年 月 日	至 令 和 年 月 日	
受けた傷病手当金の額	金 円 也		
治癒復業年月日	令 和 年 月 日		
<p>上記のとおり傷病手当金を受け治癒復業したので届けます。</p> <p>令 和 年 月 日</p> <p>1種組合員 住 所</p> <p>氏 名 ㊟</p> <p>TEL ( )</p> <p>三重県医師国民健康保険組合 様</p>			
所 属 支 部 長 証 明	<p>上記届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>		