

傷病手当金支給申請書(組合員入院外)

(令和 年 月分)

被保険者証の 記号番号	60 -	
療養を受けた 組合員	氏名	
	個人番号	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

※受診医療機関医師の証明	傷病名		診療開始 年月日	令和 年 月 日	
	休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		(A) _____日間	
	療養を受けて いる病院、診 療所の名称及 び所在地	名称			
		所在地			
	上記の通り、労務不能の状態であったことを証明します。 令和 年 月 日 医師の氏名 ⑩				

振込先 (申請者の口座)		銀行・信金 信組・農協		本店 支店 出張所
	種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金	口座番号	
	名義	(フリガナ)		

上記のとおり申請します。

※「医師の証明」欄は受診医療機関医師により記載して下さい。診断書を添付される場合は省略可(診断書には証明欄の記入事項が必須)

令和 年 月 日

組合員 住所 (〒 -)
氏名 ⑩
個人番号

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

※ 医師国保組合記入	傷病手当支給額	[(A) × 6,000円]	金	円
------------	---------	----------------	---	---