

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 ⑥											

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 ⑥ 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
------------	---------	-----------------	---	---