

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	支給期間		支給日数	支給額	給付記録	電算入力
	自	年	月	日	日	円	
		累計日数		支給年月日			
至	年	月	日	日	年 月 日		

国民健康保険傷病手当金支給申請書(甲種組合員) (第 回日)

(注意事項) ○太枠の部分すべて記入の上、主治医に意見欄を記入してもらった後、各医師会へ提出して下さい。
 ○申請書は毎月ごとにご提出下さい。
 ○同月内で病院、診療所を変更したときは、それぞれの病院、診療所ごとに申請書をご提出下さい。

甲種組合員記入欄	被保険者証記号・番号	記号	番号	氏名	
	生年月日	福医		資格取得年月日	平成 年 月 日
	傷病名			発病又は負傷年月日	平成 年 月 日
	発病又は負傷の原因				
	業務に就いた時期	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	業務の状況(業務不能状態)	休診・診療継続		診療継続の場合は診療を行っている者の氏名	
	前受給の有無	有・無		左の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	銀行 信用金庫	本店 支店	①普通 ②当座 ③貯蓄		フリガナ
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒 □□□□-□□□□ TEL () - 住所 甲種組合員 氏名 福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿 (印)					

主治医の意見欄 (※本組合の傷病手当金の意見書交付料は、診療報酬明細書にて請求してください。)	傷病者氏名		傷病名	
	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	発病又は負傷の原因	
	業務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	左の期間中の診療実日数	日間
	傷病の主状態及び経過概要と業務に関する意見			
	うへの期間中に入院した期間がある場合はその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医師 医療機関名 氏名 (印)				

各医師会長の証明欄	業務不能と認められた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
	業務不能に關する意見	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医師会長 (印)	