

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				
		至	年	月	日	日	累計日数	支給年月日		

国民健康保険傷病見舞金支給申請書 (第 回目)

(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、各都市医師会へ提出して下さい。
 ○申請書は暦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	後期高齢者証号 組合員証号・番号	記号		番号		氏名		
	生年月日	福医				後期高齢者証交付年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	傷病名	明治 大正 昭和		年	月	日	発病又は負傷年月日	平成 年 月 日
	発病又は負傷の原因							平成 年 月 日
	業務に従事した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						日間
	業務の状況 (業務不能中の医療機関状況)	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	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			
	入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間			
	傷病の主 状態及び 経過概要	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)				

郡市医師会長の証明欄	入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 郡市 医師会長 (印)					