

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	電算入力
		自	年	月	日	日	円
		至	年	月	日	累計日数	支給年月日
					日	年 月 日	

国民健康保険傷病手当金支給申請書(乙種組合員)(第 回目)

(注意事項)
 ○○同月内で病院、診療所を複数に加入した場合は、それぞれの日から91日目まで取得となります。
 ○○申請書は提出日より前月分まで提出して下さい。
 ○○太枠の部分をすべて記入の上、甲種組合員の証明を受けて下さい。
 ○○支給資格は組合に加入した日から91日目まで取得となります。診療所ごとに申請書をご提出下さい。

乙種組合員記入欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	氏名		
	生年月日	昭 平	年 月 日	資格取得 年月日	昭 平 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					
	入院した病院 診療所の名称 及び所在地	名称				
		所在地				
	入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間			
	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 乙種組合員 氏名 [印] 福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿						

甲種組合員証明欄	傷病者氏名	勤務に服さなかった 期間のうち、給料を 支給しなかった期間	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 〒 []-[] TEL () - 住所 甲種組合員 氏名 [印]			