

理事長	常務理事	事務局長	担当者

振込銀行をご記入下さい	
銀行	支店
口座番号	普・当 No.
フリガナ 名 義	

② 傷病手当金支給申請書 (第 回)

申請者 記入欄	被保険者証 の 番 号	氏 名	年 齢
	勤務先 (医師氏名)	資格取得年月日	年 月 日
主 治 医 の 記 入 欄	傷 病 名	診療の開始 年 月 日	年 月 日
	傷病の ○原 因 ○主 症 状 ○病状の経過 (概 要)		
	入 院 療 養	入院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)
	年 月 日 保険医療機関 主治医氏名		⑩
上記のとおり申請します。 年 月 日 准組合員住所 〒 氏 名 ⑩ 兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿			
※ 支 給 決 定 欄 (記 入 不 要)	支給開始日	年 月 日	前回迄の支給日数 日 ( 年 月 日迄)
	¥		備 考

※ 申請内容が事実と相違するときは、支給を停止し又は支給金を返還していただくことがあります。