

理事長	常務理事	事務局長	担当者

振込銀行をご記入ください	
銀行	支店
口座番号	普・当 No.
(ふりがな) 名義	

㊦ 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)	
	令和 年 月 日	保険医療機関 主治医氏名 ㊦				
上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日						
准組合員住所 〒						
氏 名 ㊦						
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿						
(※ 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。