

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.
<small>(ふりがな)</small> 名義	

傷病見舞金（第二種組合員）支給申請書（第 回）

申請者 記入欄	組合員証 番号			氏 名			年 齢	
	該当するところに○を付けてください			イ. 開業医		ロ. 勤務医師		ハ. その他
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（申請者を除く） <span style="float: right;">㊟</span>								
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組合員住所 〒 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>								
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿								
※ 記入不要	支給 決定 欄	支給開始日	年月日		前回迄の支給日数	日 (年月日迄)		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">¥</div>			備考			

- ※ ①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。  
 ②申請者が主治医となる申請は、認められません。  
 ③自家診療に該当する医療機関の入院については、支給金額は半額となります。  
 ④老健施設等に入所されている方については、支給対象となりません。  
 ⑤傷病見舞金は、入院のみの支給となります。