

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	

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 の 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)
	年 月 日 保 険 医 療 機 関 主治医氏名 (申請者を除く)		⑤
上記のとおり申請します。 年 月 日 組合員住所 〒 氏 名 ⑥ 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

- ※ 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。
 ⑥勤務医師の場合は、休業証明が必要となります。