

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.
名義 <small>(ふりがな)</small>	

傷病手当金（第一種組合員）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	
	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	
	就業不能期間	年 月 日 ~	年 月 日	(日間)		
	上記の内 自宅療養の期間	年 月 日 ~	年 月 日	(日間)		
	上記の内 入院療養の期間	年 月 日 ~	年 月 日	(日間)		
	傷病の ○原因 ○主症状 ○病状の経過 (概要)					
	令和 年 月 日 保険医療機関 主治医氏名（申請者を除く）					印
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員住所 〒</p> <p>氏 名</p> <p>兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>						
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勤務医師の場合は、休業証明が必要になります。
 ④自家診療に該当する医療機関の入院については、自宅療養扱（支給金額は入院の半額）となります。
 ⑤医療機関を廃止している組合員は、入院のみの支給となります。