

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