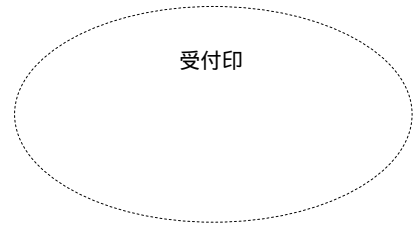


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	次長	副課長	担当



傷病手当金支給申請書

被保険者証 番号		療養を受けた 組合員(申請者) の氏名	フリガナ 氏名	
傷病名				
発病・負傷 の年月日	平成 年 月 日	傷病の経過		
入院期間	自 平成 年 月 日	~	至 平成 年 月 日	
	自 平成 年 月 日	~	至 平成 年 月 日	
	自 平成 年 月 日	~	至 平成 年 月 日	
	自 平成 年 月 日	~	至 平成 年 月 日	
			合計	日間
療養を受けた 医療機関名				
組合員の口座 情報(申請者)	振込希望 銀行	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金科目
	フリガナ			
口座名義				
上記の通り申請致します				
			提出年月日	平成 年 月 日
			〒	
			自宅住所	
第1種組合員 (医師組合員)			連絡先TEL	
			氏名	(印)
岩手県医師国民健康保険組合理事長 様				

事務局記入欄

回数		決定日数		通算日数	
支給決定金額	円	支給年月日	平成 年 月 日		