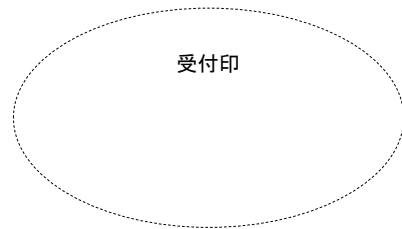


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	担当



## 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・令和 年 月 日	傷病の経過														
入院期間	①	自 平成・令和 年 月 日	～	至 平成・令和 年 月 日												
	②	自 平成・令和 年 月 日	～	至 平成・令和 年 月 日												
	③	自 平成・令和 年 月 日	～	至 平成・令和 年 月 日												
	④	自 平成・令和 年 月 日	～	至 平成・令和 年 月 日												
					合計	日間										
療養を受けた 医療機関名																
組合員(申請者) の口座情報	振込希望 銀行	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金科目	1. 普通 2. 当座	口座番号										
	フリガナ															
口座名義																
上記の通り申請致します																
日											提出年月日	令和	年	月		
											〒	—				
											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	回	決定日数	日	通算日数	日
支給決定金額	円		支給年月日	令和	年	月 日