

傷病手当金支給申請書記入例

傷病手当金支給申請書(第1回)

組合員記入欄	個人番号											
	① 被保険者証記号・番号	31 - 01234567				② 被保険者別	第一種組合員		第二種組合員			
	③ 住所	横浜市中区富士見町3-1										
	④ 氏名	医師 太郎			⑤ 生年月日	昭和平成	23年4月5日					
医師又は歯科医師の意見記入欄	傷病名					発症年月日	年 月 日					
	原因											
	主症状及び経過の概要											
	業務不能期間	自令和 年 月 日			至令和 年 月 日			月 日間				
	支給決定上の参考意見											
		上記の通り相違ありません。 担当医師 住所 令和 年 月 日 氏名 印										
郡長市の医師意見	上記の通り相違ないものと認めます。 (郡・市・区)医師会長 住所 令和 年 月 日 (従業員の場合、この欄の記入は必要ありません。) 氏名 印											
上記の通り傷病手当金の支給を申請いたします。 ⑥ 令和 元 年 5 月 6 日 〒 231 - 0037 ⑦ 組合員住所 横浜市中区富士見町3-1 電話 (045) 231 - 2685 氏名 医師 太郎 印 神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿												

① 被保険者証の8ケタの番号を記入して下さい。

② 第一種組合員：事業主
第二種組合員：従業員

③ ご自宅の住所を記入して下さい。

④ ご本人のお名前を記入して下さい。

⑤ 生年月日を記入して下さい。

⑥ 投函日を記入して下さい。

⑦ お振込完了後、こちらに記載された住所へ送金通知書をお送りいたしますので、クリニックもしくはご自宅を記入して下さい。

⑧ ご希望の振込先を記入して下さい。口座番号は左づめで記入して下さい。金融機関コードと支店コードも記入して下さい。(わかる範囲で構いません)

金額 ￥ 0 0 0 円

振込先	⑧ 振込先	神奈川県医師 農業協同組合	支店	本店	預金種目	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	番号(2304)		出張所		(フリガナ)			イシ タロウ
			番号(1)		口座名義人	医師 太郎		

決	常務理事	事務長	次長	課長	係長・主任	係	受付
裁							
令和 年 月 日 決定							

業務不能期間について

業務に服することができなくなった初月から、1ヶ月単位(第1回の申請時30日未満の場合は不可)で記入して下さい。

(例1) 1月1日～1月31日
(例2) 1月9日～2月8日

※端数が出た場合は日割り計算となります。
もし端数が15日以内であるなら、1枚にまとめていただき、15日を超える場合は1ヵ月分で1枚、端数分で1枚と分けてご申請下さい。
業務を再開されましたら、余白かメモ書きにて業務を再開した旨をお知らせ下さい。

こちらの欄は担当医師による意見欄になりますので、申請用紙の枚数分必要になります。医療機関より発行された、医師の意見書のようなもので、担当医師の記名捺印があるものであれば、この欄に代わって、別紙として添付いただければ、受付致します。ただし、その場合も申請用紙に1枚につき1枚添付頂きます。

こちらの欄は第一種組合員の方がご申請の際に必要なになります。第一種組合員の方は、所属の郡市医師会へお送り下さい。第二種組合員の方は必要ありませんので、直接医師国保へお送り下さい。