|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 副課長 | 係様式　第13号の1 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 前回支給年月日 | 年　 月 　日～年　 月 　日(　　日間) |
| 支出承認年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 支給年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 支給金額 | 　　　　　　　　　　　円 |

**傷病手当金支給申請書（第2種組合員）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員の記入欄 | 被保険者証記号・番号 |  | 資格取得年月日 | 昭和･平成・令和 　年 　月　 日 |
| 組合員氏名 |  | 生年月日 | 昭和･平成 　年 　月　 日 |
| 入院期間 | H・R　　年　　月　　日　～　H・R　　年　　月　　日まで（　　　　日間） |
| 振込先 | 銀行・支店名 | 　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　支店 |
| フリガナ名 義 人 |  | 口座種類 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 主治医の記入欄 | 傷 病 名 |  | 発症又は負傷年月日 | 平成・令和　 年　 月 　日 |
| 入院期間 | H・R　　年　　月　　日　～　H・R　　年　　月　　日まで　（　　　日間） |
| 傷病の経過概要 |  |
| 上記のとおり証明します。令和　　年　　月　　日（医療機関）住　　所名　　称電話番号主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり傷病手当金の支給を申請します。　　令和　　年　　月　　日　　　組合員自宅住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）組合員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印診療所住所　　〒診療所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）事業主氏名（第1種組合員）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様** |

**（注）**　組合員が資格取得から６か月後、連続して５日以上傷病及び負傷のため、入院した場合に支給されます。

（年度内６０日限度）

　　　　資格取得年月日は、被保険者証に記載してあります。