

理事長	常務理事	事務局長	課長	副課長	係

前回支給 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日(日間)
支出承認 年 月 日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日
支給金額	円
組合員種別	第1種 ・ 第2種

傷病手当金支給申請書

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	令和 年 月 日 ～ 令和 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	令和 年 月 日 ～ 令和 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					
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。
資格取得年月日は、被保険者証に記載してあります。(年度内60日限度)