

記入例

支給額	¥	令和 年 月 日
-----	---	----------

令和〇〇年〇〇月分	傷病手当金支給申請書 (准組合員)										
被保険者	記号	123	番号	12345678							
氏名	健康 保子										
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇月 〇日				年齢	〇〇 歳					
傷病名	(1) 〇〇〇 (2) (3)	傷病の発生年月日		令和 〇〇年 〇月 〇日	不詳						
原因	不詳										
入院した病院診療所の名称及び所在地	名称	〇〇病院									
	所在地	〇〇市〇〇〇〇-〇									
入院した期間	令和〇〇年〇〇月 〇日～〇〇日〔〇〇日間〕										
記入欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用する場合は、事前にマイナポータル等から口座登録が必要です。										
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	振込先	口座名義人	フリガナ ケンコウ ヤスコ	健康 保子	預金種別	普通・当座			口座番号		
		〇〇〇	銀行	金融機関コード	〇〇〇	1	2	3	4	5	6
	信用金庫	0 0 0 0	支店	出張所		支店コード		0 0 0			
	信用組合										
上記のとおり申請いたします。 令和〇〇年〇月〇日 〒 000-0000 住所 〇〇市〇〇2丁目〇〇-〇 准組合員氏名 健康 保子 TEL 000-000-0000 埼玉県医師国民健康保険組合理事長様											

(注意事項)

- 連続7日以上入院が支給対象です。
- 所属医療機関で1年以上資格を有している准組合員が対象です。
- 申請書は暦月単位でご提出ください。
- 同月内で入院した医療機関を変更した場合は、医療機関ごとに申請書を提出してください。
- 准組合員が死亡または署名不能の場合は、傷病手当金を受領する権利のあるものが署名してください。
- 太枠の中をすべて記入の上、組合員の証明を受けてください。

組合員証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和〇〇年〇月〇日										
	住所 〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇										
	組合員氏名 国保 太郎										
	TEL 000-000-0000										