

(医師組合員)傷病手当金支給申請書

(様式第2号-6)

鹿児島県医師国民健康保険組合 御中

下記の通り申請します。

		申請日	令和	年	月	日
医療機関所在地または住所		記号・番号	3010			
医療機関名		申請者または家族の氏名				
受給対象者氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
資格取得年月日	昭和 平成 令和			年	月	日
		療養のため就業困難と認められた日	令和	年	月	日
今回申請する期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					日間
※ 各月分について翌月の15日までに提出ください。						

主治医の意見	傷病名					
	診療開始日	令和	年	月	日	
	主症状及び経過の概要					
	就業が困難と認める期間	令和	年	月	日	から 令和 年 月 日 まで
	上記の通り相違ありません	所在地				
	令和 年 月 日	機関名				
		主治医氏名				

《振込指定銀行口座》

銀行名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
口座番号		名義人	

(事務使用欄)

郡市医師会	医師会	役員	事務長	検印	受付
会員区分	A ・ B ・ C				
申請受理日	令和 年 月 日	備考			
支給額					
支給日	令和 年 月 日				