

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者証記号番号			
入 組 合 員 の 住 所	氏 名		
	住 所		
傷 病 名	(1) (2) (3)	発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日
入 院 期 間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	日間
入院した病院の 所在地及び名称			
※傷病手当金の額			
<p>上記のとおり申請いたします</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請人住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長殿</p>			
<p><b>証 明 欄</b></p> <p>上記のとおり入院の事実を証明します</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医師住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			

振 込 先 銀 行 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人 氏 名
銀行	普通 預金 当座	フリガナ
支店		