

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (正組合員用)

被保険者証記号番号					
入 組 合 員 入 院 し た	氏 名				
	住 所				
傷 病 名	(1) (2) (3)	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和	年	月 日
入 院 期 間	自	令 和	年	月	日
	至	令 和	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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請人住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長殿</p>					
<h3 style="margin: 0;">証 明 欄</h3> <p style="text-align: center;">上記のとおり入院の事実を証明します</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医師住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 ⑩</p>					

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