

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (準組合員用)

被保険者証記号番号		— 枝番 (01)		
入 組 合 員 の 入 院 し た 員	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 至	令 和 年 月 日 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="margin-left: 100px;">令 和 年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">申請人住所</p> <p style="margin-left: 150px;">氏名 Ⓜ</p> <p style="margin-left: 100px;">愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長殿</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				-----

- ・ 保険診療分のご入院に限ります
- ・ 出産手当金との併用はできません
- ・ 支給には3ヶ月程度かかります