

国民健康保険傷病手当金支給申請書

第一種 組合員 記入欄	記号番号	住 所				
		氏 名				
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳	
主治医 の意見 記入欄	傷 病 名	(1) (2) (3)	傷病の 発生年 月 日	令和 年 月 日		
	原 因					
	主症状及び 経過概要				入院	日
					外来	日
	業務不能で あった期間	自 令和 年 月 日～ 至 令和 年 月 日まで 日間				
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 病院(診療所)名 同 所 在 地 主 治 医 氏 名 印						
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住 所 第一種組合員 医 療 機 関 名 氏 名 印 山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿						

振込先銀行(振込先は、第一種組合員の口座もしくは、上記申請者)

銀行名	銀行	本店 ・ 支店
口座名	(フリガナ)	
口座番号	普通 ・ 当座	No.