

記入例

期 間	自： 年 月 日	日 間	常 務 理 事			事 務 長	係
	至： 年 月 日		庶 務	業 務	会 計		
金 額	円						
備 考	( 残 日 )						

※この申請書は、75歳未満の師組員が対象で、疾病又は負傷により10日以上業務に従事できない場合に、11日目より支給対象となります。  
 申請書は、暦月毎、医療機関毎にそれぞれご記入くださいますようお願いいたします。

## 傷 病 手 当 金 支 給 申 請 書

( 年 月 分)

(第 回)

①	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	組 合 員 氏 名	国保 太郎			
	傷 病 名	②「主治医の診断書」の傷病名と同じ傷病名をご記入ください。			発 病 年 月 日	平 成	年	月 日
	振 込 希 望 金 融 機 関	①. ○○ 銀行 ×× 支店 ②. 長崎県医師信用組合			フリガナ	コホ クロウ		
		①. 普 通	口 座 番 号	* * * * *	口座名義	国保 太郎		
		②. 当 座		* * * * *				
		③. 貯 蓄		* * * * *				
<p>上記のとおり傷病手当金の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 1 年 5 月 10 日</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">申請書を記入された日をご記入ください。</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">組員名義の口座をご記入ください。</p> <p style="text-align: right;">組 合 員 氏 名 <span style="color: red;">国保 太郎</span></p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"> </div> <p style="text-align: center;">長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>								

様式第十六号

(注) 振込先希望金融機関は、組員名義のご口座をご記入ください。  
 複数枚の申請書を一括してご提出いただく際の振込先希望金融機関は、1枚目のみご記入いただき、残りの申請書は省略して構いません。

## 主 治 医 の 診 断 書

②	氏 名		生 年 月 日	昭 和	年	月	日
	傷 病 名		診 療 開 始 年 月 日	平 成	年	月	日
	業 務 不 能 と 認 め た 期 間	平 成 令 和	年 月	日 从	年 同 月	日 以 降	日 間
	備 考	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">主治医氏名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"> </div>					

(注) 申請書は暦月ごとに作成してください。