

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

## 傷 病 手 当 金 支 給 申 請 書

( 年 月 分 )

( 第 回 )

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	組 合 員 氏 名				
傷 病 名	発 病 年 月 日					平 成 年 月 日	和 令
振 込 希 望 金 融 機 関	1. 銀行 支店					フリガナ	口座名義
	2. 長崎県医師信用組合					口座番号	
	1. 普通	2. 当座	3. 貯蓄				
上記のとおり傷病手当金の支給を申請します。							
令和 年 月 日							
組 合 員 氏 名							
長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿							

様式第十六号

(注) 振込先希望金融機関は、組合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						
氏 名	生 年 月 日				昭 和 年 月 日	平 成
傷 病 名	診 療 開 始 年 月 日				平 成 年 月 日	和 令
業 務 不 能 と 認 め た 期 間		平 成 年 月 日 から	同 月 日 まで	日 間		
備 考	上記のとおり相違ありません。					
令和 年 月 日						
所在地 医療機関 名称 主治医氏名						

(注) 申請書は暦月ごとに作成してください。