

記入例

期 間	自： 年 月 日	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歳以上の後期医師組合員が対象で、10日以上入院をされた場合に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。

傷病見舞金支給申請書（後期医師組合員用）

(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			フリガナ	ヨウホウ タロウ						
		2. 長崎県医師信用組合			口座名義	国保 太郎						
1. 普通	口座番号	*	*	*						*	*	*
2. 当座												
3. 貯蓄												
<p>上記のとおり傷病見舞金の支給を申請します。</p> <p>令和 1 年 5 月 10 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 国保 太郎 </p> <p>長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>												

様式第二十八号

(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

②	氏 名		生 年 月 日	大正	年	月	日	
	傷 病 名		診 療 開 始 年 月 日	平成	年	月	日	
	入 院 期 間	平成 令和	年	月	日から	年	月	日まで
	備 考							
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地 医療機関 名 称 主治医氏名 </p>								

(注) 申請書は暦月ごとに作成してください。
(注) 傷病手当金意見書交付料としての保険請求はできませんので、ご注意ください。