

傷病手当金支給申請書（第 回目）

組合員の記入欄	被保険者 記号番号	鳥医国保	氏 名																	
	資格取得年月日	年 月 日	個人番号																	
	傷病名																			
	発病又は 負傷年月日	年 月 日																		
	発病、負傷原因		入院場所																	
	他医が明らかに 就業困難と 認めた年月日	年 月 日	右の期間	月 日 当月 月 日 日間																
上記によって傷病手当金支給を申請します。 令和 年 月 日 日 住 所 組合員 氏 名																				

口座情報記入欄	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。
	☐ 振込口座を指定する 銀行 信用金庫 支店 出張所 [普通 ・ 当座] (フリガナ) 口座番号 口座名義

主治医の意見	傷病名		発病又は 負傷の原因	
	発病又は 負傷年月日		療養給付 開始年月日	
	就業不能と 認めた年月日	年 月 日	左の推定期間	
	入院の場合 の期間	自 年 月 日 至 年 月 日		日間
	傷病の主症状、 経過概要、予後			
	支給決定上の 参考意見			
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 印 医療機関所在地 医療機関名称 医師氏名				