

組合記入欄	常務理事	事務局

傷病手当金（傷病見舞金）支給申請書

（第 回）

被保険者記号番号	み 歯												A				
発病又は負傷 の年 月 日	年	月	日	傷病名													
病院又は診療所	所在地		(〒)														
	名称																
今回入院期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日	日間						
前回支給を受けた	期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日	日間					
	傷病名																
当初支給開始	年	月	日	今回支給後の残日数				日間									
前回支給後の残日数				日間		今回支給額				円							
今回支給日数				日間													
<p>上記のとおり傷病手当金（傷病見舞金）を申請いたします。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">自宅住所（〒 ）</p> <p>第1種 組合員</p> <p>第4種</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ⑥</p> <p style="text-align: center;">宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>																	
振込銀行名	銀行											支店・本店					
預金種別	普通預金		当座預金					貯蓄預金									
口座番号	※左詰めで記入願います。																
口座名義人	(ふりがな)																

- ・ 該当する欄への記入と該当項目への○印をお願いします。
- ・ 第4種組合員の方については、病院等が発行する入院期間を証明する書類を添付してください。