

常務理事	事務長	課長	担当	台帳登載	支給伝票	支給年月日	支給決定金額
							円

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者記号・番号		岡 3 0 2 ・											
組合員氏名										生年月日			
病院が証明する欄	傷病名		1. 2. 3.										
	入院期間		自 年 月 日				至 年 月 日						
	医療機関所在地及び名称												
	医師氏名		⑩										
支給申請額			円 ( 日間)										
<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;">〒</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p>岡山県医師 組合員 氏名 ⑩</p> <p>国民健康保険組合 殿 個人番号</p>													

口座情報記入欄	<input type="checkbox"/> 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） <small>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簡単に登録いただけます。</small>												
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する <small>この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。</small>												
	金融機関										支店・支所		
	預金種別		普通 当座				口座名義人(カナ)						
口座番号						口座名義人(漢字)							

<b>支給期間</b> (第15条該当期間)	自	年	月	日
	至	年	月	日
	( 日間)			