

事務長	課長	係員

## (平成 21 年 9 月 分) 傷病手当金支給申請書

組合員記入欄	記号番号	医 11 - 11111	組合員氏名	京 都 太 郎	
	医療機関名称	京 都 医 院	年 齢	6 9 歳	
	開設者または理事長氏名	京 都 太 郎	管理者氏名	京 都 太 郎	
	休止届の休止日または業務不能となった日	平成 21 年 9 月 1 日	再開届の再開日または業務に従事した日	平成 21 年 10 月 1 日	
	上記期間中の主たる代診医師	な し	代診医師の所属医療機関	な し	
主治医記入欄	傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	診療開始年月日	昭和・平成 21 年 8 月 18 日	
	主症状および業務不能に関する意見	上記疾病にて、ヘルニア摘出術を施行した。			
	業務不能期間	入院療養	9 月 1 日 ~ 9 月 13 日 (13 日間)	当月合計日数	30 日間
		在宅療養	9 月 14 日 ~ 9 月 30 日 (17 日間)		
平成 21 年 10 月 3 日	医療機関所在地	京都市左京区〇〇〇△△町 100-99			
	名称	医療法人〇〇会 △△△病院			
	主治医氏名	〇 〇 〇 〇			

一ヶ月単位(一日/月末)で記入ください

上記のとおり、傷病手当金を申請します。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

平成 21 年 10 月 6 日

組合員氏名 京 都 太 郎

上記の傷病手当金は、下記の預金口座に振り込み願います。

〇 〇 銀行 普通 1 2 3 4 5 6 7  
 信用金庫 支店 当座  
 フリガナ キョウト タロウ  
 名義人氏名 京 都 太 郎

組合員記入欄	待機期間	月 日 ~ 月 日	資格取得届出日	昭和・平成 年 月 日	
	支給期間	月 日 ~ 月 日	生年 月 日	明治 昭和 年 月 日 従来・特定	
	15,000 円 × 日 =	円 一 種	日	休止届の休止日または業務不能となった日	平成 年 月 日
	9,000 円 × 日 =	円 二 種	日	再開届の再開日または業務に従事した日	平成 年 月 日
	7,500 円 × 日 =	円	当月支給日数	*備考	
	3,700 円 × 日 =	円	支給日数累計		
支給額合計	円	支払年月日			

注 申請書は月ごと(暦月単位)の提出ですが、転医等により主治医が変わった場合は医療機関ごとに申請書を提出してください。