

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 22-22222	組合員氏名	医 国 一 男		
	医療機関名称	京 都 医 院		年 齢	5 2 歳	
	業務不能となった日	平成 21 年 9 月 1 日	業務に従事した日	平成 年 月 日		
主治医記	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 21 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		
	在宅療養	9 月 14 日 ~ 9 月 30 日 ( 17 日間 )		30 日間		
入欄	平成 21 年 10 月 3 日					
	医療機関所在地	京 都 市 左 京 区 ○ ○ ○ △ △ 町 100-99				
	名称	医 療 法 人 ○ ○ 会 △ △ 病 院				
	主治医氏名	○ ○ ○ ○ (印)				
事業主記入欄	就労不能期間	平成 21 年 9 月 1 日 ~ 平成 21 年 9 月 30 日 ( 30 日間 )				
	上記のとおり証明します。					
	平成 21 年 10 月 5 日	医療機関所在地 京 都 市 中 京 区 ○ ○ ○ △ △ △ 町 756 番 地				
	名称	京 都 医 院				
事業主氏名	京 都 太 郎 (印)					
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 7 日						
組合員氏名 医 国 一 男 (印)						
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。						
○ ○ 銀 行 ○ ○ 普 通 9 8 7 6 5 4 3						
信用金庫 _____ 支店 当座 _____						
フリガナ イ ク ニ カ ズ オ						
名義人氏名 医 国 一 男						

一ヶ月単位(一日)月末まで記入ください

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
	7,500円× 日=	円	一種	日	業務不能となった日	平成 年 月 日
	3,700円× 日=	円	二種	日	業務に従事した日	平成 年 月 日
	支給額合計	円	当月支給日数	日	*備考	
支払年月日		支給日数累計	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。