

事務長	課長	係員

(平成 21 年 9 月分) 療養手当金支給申請書

准 組 合 員 記 入 欄	記 号 番 号	医 00 - 12345	氏 名	国 保 花 子	職 種	看 護 師
	自 宅 住 所	〒 603-0000 京都市北区△△△町 213 番地 電話番号 075-1111-1111				
	負傷の場合は その原因				第三者の行為に よるものですか?	はい・いいえ
主 治 医 記 入 欄	傷 病 名	急性虫垂炎	診 療 開 始 年 月 日	昭和・平成 21 年 8 月 1 日		
	主 症 状 お よ び 経 過 概 要	腹痛により来院。手術及び抗生剤により軽快し、退院。				
	入 院 期 間	平成 21 年 9 月 3 日 ~ 平成 21 年 9 月 20 日 (18 日間)				
入 欄	平成 21 年 9 月 25 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 1 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、療養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						
准 組 合 員 氏 名 国 保 花 子 (印)						
上記の療養手当金は、下記の預金口座に振り込み願います。						
○○ ○○ 銀行 ○○ ○○ 普通 1234567						
フリガナ コクホハナコ						
名義人氏名 国 保 花 子						

組 合 記 入 欄	支 給 期 間	月 日 ~ 月 日	資 格 取 得 届 出 日	昭和・平成	年 月 日
	支 給 日 額	3,000 円	前月までの 支給日数	日	生 年 月 日
	支 給 金 額	円	当 月 支給日数	日	年 齢
	支 払 年 月 日		支 給 日 数 累 計	日	*備 考

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。