

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 075-111-1111				
	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)				
事 業 主 記 入 欄	入 院 期 間	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。					
	入 院 期 間	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 だ 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。