

事務長	確認	担当

(令和 元 年 5 月 分) 傷病見舞金支給申請書

組合員記入欄	第二種組合員番号	1 1 1 1 1	組合員氏名	京 都 太 郎
	医療機関名称	京 都 医 院	年 齢	7 8 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	令 和 元 年 5 月 1 日	再開届の再開日または業務に従事した日	令 和 年 月 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 2 1 年 4 月 1 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	令 和 元 年 5 月 1 日 ~ 5 月 1 3 日 (1 3 日 間)	
		在宅療養	令 和 元 年 5 月 1 4 日 ~ 5 月 3 1 日 (1 8 日 間)	
	令 和 元 年 6 月 3 日 医療機関所在地 京 都 市 左 京 区 ○ ○ ○ △ △ 町 1 0 0 - 9 9 名 称 医 療 法 人 ○ ○ 会 △ △ 病 院 主治医氏名 ○ ○ ○ ○ (印)			

上記のとおり、傷病見舞金を申請します。

京 都 府 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 様

令 和 元 年 6 月 6 日

組 合 員 氏 名 京 都 太 郎 (印)

上記の傷病見舞金は、下記の預金口座に振り込み願います。

○ ○ 銀 行 普 通 1 2 3 4 5 6 7
信用金庫 支店当座
フリガナ キ ヨ 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 大 昭 和 年 月 日 従 来 ・ 特 定		
	12,000 円 × 日 =	円	前月までの支給日数	日	休止届の休止日または業務不能となった日	令 和 年 月 日
	7,200 円 × 日 =	円	当月支給日数	日	再開届の再開日または業務に従事した日	令 和 年 月 日
	6,000 円 × 日 =	円	支給日数累計	日	*備 考	
	3,000 円 × 日 =	円	支払年月日			
支給額合計	円					