

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	2 2 2 2 2	組合員氏名	医 国 一 男
	医療機関名称	京 都 医 院	年 齢	7 7 歳
	業務不能となった日	令 和 元 年 5 月 1 日	業務に従事した日	令 和 年 月 日

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	平成・令和 21 年 8 月 2 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 13 日 (13 日 間)	
		在宅療養	令 和 元 年 5 月 14 日 ~ 5 月 30 日 (17 日 間)	
入 欄	令 和 元 年 6 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	令 和 元 年 5 月 1 日 ~ 令 和 元 年 5 月 30 日 (30 日 間)
	上記のとおり証明します。	
	令 和 元 年 6 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 7 日
 組 合 員 氏 名 医 国 一 男 (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 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

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 年 月 日 従来・特定 治 正 和
	6,000 円 × 日 = 円	傷病手当	日	業務不能となった日 令 和 年 月 日
	3,000 円 × 日 = 円	傷病見舞	日	業務に従事した日 令 和 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	