

事務長	確認	担当

(令和 元 年 5 月 分) 傷病手当金支給申請書

組合員記入欄	記号番号	医 11 - 11111	組合員氏名	京 都 太 郎
	医療機関名称	京 都 医 院	年 齢	6 9 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 元 年 6 月 1 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 21 年 8 月 18 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 31 日 (18 日 間)	
	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	○ ○ ○ ○	

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

令 和 元 年 6 月 6 日

組合員氏名

京 都 太 郎

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 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 治正和 年 月 日
	15,000 円 × 日 =	円	前月までの 支給日数	日
	9,000 円 × 日 =	円	当 月 支給日数	日
	7,500 円 × 日 =	円	支給日数 累 計	日
	3,700 円 × 日 =	円	支 払 年 月 日	
支給額合計	円			*備 考