

事務長	課長	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 22-22222	組合員氏名	医 国 一 男		
	医療機関名称	京 都 医 院		年 齢	5 2 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	昭和 平成 21 年 8 月 21 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 ~ 令和 元 年 5 月 13 日 ( 13 日間 )				
		在宅療養	令和 元 年 5 月 14 日 ~ 令和 元 年 5 月 31 日 ( 18 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 31 日 ( 31 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 7 日  
 組合員氏名 医 国 一 男 (印)

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 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・令和 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	
		7,500 円 × 日 = 円	前月までの支給日数	日	業務不能となった日	令和 年 月 日	
		3,700 円 × 日 = 円	当月支給日数	日	業務に従事した日	令和 年 月 日	
		支給額合計	円	支給日数累計	日	*備 考	
		支払年月日					