

事務長	確認	担当

## (令和 元 年 5 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(令和)	元 年 5 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	令和 元 年 5 月 3 日 ~ 令和 元 年 5 月 20 日 (18 日間)				
入 欄	令和 元 年 5 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				
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 1 日	医 療 機 関 所 在 地	京都市中京区○○○△△△町 756 番地			
入 欄	名 称	京 都 医 院				
	事 業 主 氏 名	京 都 太 郎				
	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						
令 和 元 年 6 月 6 日						
准 組 合 員 氏 名 国 保 花 子						
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	前月までの 支給日数	日	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
	支 給 金 額	円	当 月 支給日数	日	年 齡	歳 従 来 ・ 特 定
	支 払 年 月 日		支 給 日 数 累 計	日	*備 考	