

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係

※太枠内を記入してください。(主治医の診断書欄は医療機関が記入) ※裏面にも記載欄がございます。

傷病手当金支給申請書(第 回目)						
組合員記載欄	被保険者証 記号・番号	—	氏 名			
	傷 病 名		生 年 月 日	昭 平	年 月 日 才	
	発病年月日	令和 年 月 日	業務に従事する ことが出来な かった期間	自 至	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	振込先	銀行		支店	普通預金 No.	
	口座名義 (フリガナ)					
主治医の 診断書	診 療 開 始 年 月 日	令和 年 月 日	就 業 不 能 と 認 め る 期 間	自 至	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	傷 病 名					
	上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関の 所在地及び名称 氏 名 ㊟					
上記のとおり傷病手当金の支給を申請します。 令和 年 月 日 被保険者証住所 TEL 組合員氏名						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 郡市支部長名 ㊟						
宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿						

- 【備考】 (1) 申請書は原則として毎月分について翌月10日までに提出して下さい。
(2) 必ず支部(郡市医師会)経由のうえ提出して下さい。
(3) 就業不能と認められた日より起算して8日目より支給します。

※事務局使用欄
①令和 年 月 日理事会承認 ①令和 年 月 日 円処理済

※必ず記入してください。

支給範囲	条件	期間	日数
病院・診療所の開設者である組合員が、疾病又は負傷により業務に全く従事することができなくなった場合	業務を委託しなかった場合	年 月 日から 日 日から 日 日から 日 日から 日	日間
	直系親族以外の医師に業務を委託した場合	年 月 日から 日 日から 日 日から 日 日から 日	日間
	直系親族である医師に業務を委託した場合	年 月 日から 日 日から 日 日から 日 日から 日	日間
病院・診療所の勤務医である組合員が、疾病又は負傷により業務に全く従事することができなくなった場合		年 月 日から 日 日から 日	日間

※事務局使用欄（以下には記入しないでください）

金額確認													
事務長	業務係	会計・庶務係	単価	日数	金額								
						合計							
						残り日数	日						
年 月							年 月						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31				