

理事長	副理事長	常務理事	事務局長	課長	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) ※裏面もご記入ください。

傷病手当金支給申請書(第 回目)						
組合員記載欄	被保険者 記号・番号	—	氏名			
	傷病名		生年月日	昭平令	年	月 日 歳
	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 ⑩					
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  組合員氏名  住所  TEL						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日  郡市支部長名 ⑩  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日までに提出してください。  
(2) 組合員は支部(郡市医師会)に提出してください。支部長は組合に提出してください。  
(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。

※組合使用欄

令和 年 月 日 理事会承認 令和 年 月 日 円処理済

※太枠内を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

※組合使用欄

加入後6か月	完 ・ 未	単価	日数	金額
療養の給付	有 ・ 無			
			合計	
			残り日数	日

  

年	月					
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

  

年	月					
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				