

国民健康保険 傷病手当金支給申請書

療養のため休業 した被保険者	氏名 フリガナ	記号番号
	個人番号 (マイナンバー)	
	新医
	

療養のための 休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
振込先	銀行・信金 本店 信組・農協 支店
	普通 フリガナ 当座 No. 口座名義

療養を担当した医師等の意見欄

傷病名	
療養期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
傷病の主症状 及び経過概要	
上記のとおり相違ない。 医療機関名 令和 年 月 日 住所 氏名	

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

申請者氏名 (第1種組合員)	
住所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 TEL

待期期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
支給期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
支給決定額	円		
累積日数	日		

常務理事	事務長	課長	担当
受付	登録	備考	