

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）		
	カンゴ ヨシコ		新医
	看 護 良 子		
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	○○○○○○○○（○○）	

療養のための 休業期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日									
振込先	〇〇 銀行・信金 本店 〇〇 信組・農協 支店									
	普通	フリガナ				カンゴ ヨシコ				
	当座 No.	7 6 5 4 3 2 1				口座名義 看護 良子				

療養を担当した医師等の意見欄

傷病名	〇〇〇〇	
療養期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日	
傷病の主症状及び経過概要	〇〇〇〇〇〇〇〇	
上記のとおり相違ない。		
令和 〇 年 〇 月 〇 日	医療機関名	〇〇病院
	住所	新潟市 〇〇〇〇
	氏名	〇 〇 〇 〇

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)	医 師 一 郎
住 所	① 医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 000-0000 新潟市中央区医学町通二番町13番地 国保クリニック TEL 000-000-0000

待 期 期 間	令和 年 月 日から	日間
	令和 年 月 日まで	
支 給 期 間	令和 年 月 日から	日間
	令和 年 月 日まで	
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	