

理 事 長		副 理 事 長		常 務 理 事		常 務 理 事		事 務 長		担 当	
-------------	--	------------------	--	------------------	--	------------------	--	-------------	--	--------	--

第二種組合員傷病手当金支給申請書 ~~（第 回目）~~

第二種組合員（従業員）記入欄	被保険者番号							氏 名			
								生年月日	昭・平	年	月 日
	傷 病 名										
	第三者行為（交通事故など）の有無								有 ・ 無		
	入 院 し た 医 療 機 関										
	入 院 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（ 日間）									
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 第二種組合員 住所 氏名 ⑩ 秋田県医師国民健康保険組合理事長 様										
	振 込 先	銀行 支店						(フリガナ)			
口 座 番 号	普・当						預金口座名				
事業主の証明欄		上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 第一種組合員 住所 第三種組合員 (事業主) 氏名 ⑩									
医療機関の証明欄		入 院 期 間	令和 年 月 日 から (日間) 令和 年 月 日 まで								
		傷 病 名									
		症 状									
		医療機関名 及 び 住 所 主 治 医	⑩								
組 合 記 入 欄		前受給期間	日			支 給 決 定		日 数	日		
		備 考 欄						金 額	円		