

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

傷病手当金
~~休業見舞金~~支給申請書(第 一回目)

組 合 員 の 記 入 欄	被 保 険 者 番 号		8	8		氏 名			
	傷 病 名					生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日		
	第三者行為（交通事故など）の有無					有 無			
	業務に従事することが できなかった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日							
	療 養 の 区 分	入 院 ・ 外 来		医療機関名					
	前 受 給 の 有 無	有 無		左の期間	日間				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 秋田県医師国民健康保険組合理事長 様 ⑩									
※ 支 給 決 定 額		円		摘 要					

※ は組合が記入

振込指定銀行	銀行	本 店 支 店
口 座 番 号	普・当 No.	
フ リ ガ ナ		
預 金 口 座 名		

様式第 5 号裏面

主治医の意見	傷 病 名		発 病 又 は 負傷の原因	
	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日	国保療養の 給付を開始 した年月日	令和 年 月 日
	就 業 不 能 と 認 め た 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間
	入院の場合の 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間
	症状及び経過 概要及び予後			
	支給決定上の 参 考 意 見			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医師 住所 氏名 電話 () — 印			

支部長の意見	受 給 の 資 格 に 関 す る 調 査 意 見	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 支部長 印	

注 支給決定上の参考意見は前病との因果関係の有無及び継続受給の場合就業の可否を記入すること。