

〈医師組合員用〉

理 事	事務長	課長補佐	主 任	係

(第15号様式)

(第 回) 傷病手当金支給申請書

本人記載欄

被保険者証記号・番号		
氏 名		
生年月日		大正 昭和 年 月 日
資格取得年月日		昭和 平成 年 月 日
発病年月日		平成 年 月 日
振込先	銀行 信金 信組 店 (出張所)	口座番号 普通 当座
		名 義

主治医記載欄

傷病名	
業務に従事することが出来なかった期間(入院)	自 平成 年 月 日
	至 平成 年 月 日
業務に従事することが出来なかった期間(自宅療養) (理由)	自 平成 年 月 日
	至 平成 年 月 日
上記のとおり証明します。 平成 年 月 日 主治医 医療機関名 氏 名 印	

組合員・医師会長署名欄

上記のとおり傷病手当金の支給を申請します。 平成 年 月 日 組合員名 印	
---	--