

〈医師組合員用〉

常務理事	事務長	課長	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		昭和	平成	年	月 日
資格取得年月日		昭和	平成	令和	年 月 日
発病年月日		平成	令和	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	年	月	日	
	至	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	年	月	日	
	至	年	月	日	
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日					
主治医		医療機関名			
氏名		氏名		印	

組合員署名欄

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