

〈従業員組合員用〉

常務理事	事務長	事務次長	課長	係

(第15号様式)

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)	預金種目		普通	当座	
			口座番号				
			口座名義				

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	令和	年	月	日
	至	令和	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	令和	年	月	日
	至	令和	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			印		

院長・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					
院長名			印		
組合員名			印		