

常務理事	理事	事務長	担当者	支給日

受付日付印



◎第1種組合員A(75歳未満の医師)が対象

傷病手当金支給申請書 (第 回)			
被保険者証の 記号番号	宮医 A	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日
第1種組合員氏名	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
傷病名	1) 2)	発病年月日	1) 平成・令和 年 月 日 2) 平成・令和 年 月 日
主治医が就業困難 と認めた期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)		
入院期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)		
入院した病院・診療所 名称及び所在地			
業務不能期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 (日間)		
代診の有無	有・無	有の期間	日間
前受給の有無	有・無	有の期間	平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
前受給傷病名	1) 2)		
送 金 先	銀行名	銀行	支店
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号
	フリガナ	※ 振込口座は通帳と確認の上ご記入ください。	
	名義人氏名		
<p>上記のとおり診断書を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日(届出日)</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>第1種組合員A (医師) 住 所 氏 名</p> <p>電話番号 () -</p> <p>宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>			

〔注〕診断書を添付の上、所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください。

DL

支部長意見	令和 年 月 日(受付日)
	支部長 印

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。