

## 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	第1種組合員資格取得日	昭・平 年 月 日	
第1種組合員氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日( 歳)	
傷病名	1) 2)	発病年月日	1) 2)	年 月 日 年 月 日
主治医が就業困難と認めた期	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)			
入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 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 年 月 日 ~ 平成 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 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		備考
	預金種目	普・当・貯	口座番号	
	(フリガナ) 名義人氏名			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 —</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員 氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p>(事業主)</p> <p style="text-align: center;">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、支部(郡市医師会)を経由の上で提出すること。

支部長意見	<p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">支部長 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p>
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ 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。

DL