

傷病手当金 支給申請書
休業見舞金

組合員の記載欄	記号・番号 (第3種組合員は組合員証番号)	(道医) —	組合員氏名	生年月日	年 月 日
	申請月	令和 年 月 分	申請日数	(当月分入院日数) 日間	
	上記のとおり、傷病手当金 休業見舞金 の支給を申請します。				
	令和 年 月 日 住 所				
	組合員 氏 名				
送金先	北海道医師国民健康保険組合理事長 様 (組合員の口座)				
	銀 行 店 信用金庫				
	フリガナ 科 目 普・当・貯 口座名義 口座番号				

主治医の証明欄	傷 病 名	(1) (2) (3)	発病又は負傷の年月日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
	入院開始年月日	令和 年 月 日	発病又は負傷の原因	
	入院期間(当月分)	令和 年 月 日 から 日まで	日間	
	傷 病 の 主 症 状			
	傷病の経過概要			
	転 帰	治癒・継続・転医・死亡・その他()		
	上記のとおり、証明します。			
	住 所 令和 年 月 日 医療機関 名 称 電話番号 担当医師氏名			

【備考】 (1) 申請書は、暦月ごと・医療機関ごとに記入して下さい。
(2) 支給日数は、入院した日から起算して1日目から360日間です。
組合員1人につき、通算で360日を超えることはできません。