

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	次長	課長	係

傷病手当金支給申請書

(平成 年 月診療分)

被 保 険 者 証	記 号		番 号	
	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日生
国保組合加入年月日	昭和 平成 年 月 日	資格区分(○で囲む)	税理士・勤務税理士・職員	
対 象 入 院 期 間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	日間	
支 給 申 請 金 額	円 (円 × 日分)			
備 考	<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">事務所住所</p> <p style="text-align: center;">事務所名称</p> <p>申 請 人 事務所電話番号</p> <p>(組合員) 組合員氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様</p>			
振 込 先 金 融 機 関 名			支 店 名	店
口 座 番 号	普通	番号【右ツメでご記入ください】		フリガナ
	当座			名 義 人
	貯蓄			

【ご注意】 ※後期高齢者の組合員は支給対象外となりますのでご了承ください。

1. 申請書は入院月毎に作成してください。
2. 申請人氏名と振込銀行の名義人は同一名にしてください。
3. 組合員が死亡し、相続人が申請する場合、備考欄に続柄を明記し、申請人欄は相続人の住所、氏名、振込銀行をご記入のうえ、組合員との続柄が確認できるもの(戸籍や葬儀の会葬礼状)の写しを添付ください。