

専務理事	事務長		係

傷病手当金支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	(令和 年 月 診療分)			
被 保 険 者 証 記 号					番 号						
氏 名					生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	生	
国保組合加入年月日	昭和 平成 令和	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	令和	年	月	日	日間					
	至	令和	年	月	日	日間					
支 給 申 請 金 額	円 (円 × 日分)										
発症または傷病の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				備 考						
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 申 請 人 (組合員) 電話番号 () 氏 名											
振 込 先 金 融 機 関 名					支 店 名	店					
口 座 番 号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】				フリガナ					
	当座					名 義 人					
	貯蓄										

■注意事項

- ・組合に加入1年未満の組合員、後期高齢者の組合員及び家族としてご加入いただいている方は支給対象外となります。
- ・申請書は入院月毎に作成してください。
- ・申請人氏名と振込銀行の名義人は同一にしてください。

■添付書類について

- ・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（戸籍謄本や会葬礼状）の写しを添付してください。