

支給額	¥	令和 年 月 日
-----	---	----------

令和 年 月 分		傷病手当金支給申請書 (准組合員)						
准 組 合 員 記 入 欄	被保険者	記号	番号					
	氏名							
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				年齢	歳	
	傷病名	(1) (2) (3)	傷病の発生 年月日		令和 年 月 日			
	原因							
	入院した病院診療所 の名称及び所在地	名称						
		所在地						
	入院した期間	令和 年 月 日 ~ 日 [ 日間 ]						
	振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を利用する場合は、事前にマイナポータル等から口座登録が必要です。						
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
口座名義人		フリガナ	預金種別	口座番号				
			普通・当座					
	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	支店 出張所		支店コード			
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日 印</p> <p>住所</p> <p>准組合員 氏名</p> <p>T E L</p> <p>埼玉県医師国民健康保険組合理事長様</p>								

## (注意事項)

- 連続7日以上入院が支給対象です。
- 所属医療機関で1年以上資格を有している准組合員が対象です。
- 申請書は暦月単位でご提出ください。
- 同月内で入院した医療機関を変更した場合は、医療機関ごとに申請書を提出してください。
- 准組合員が死亡または署名不能の場合は、傷病手当金を受領する権利のあるものが署名してください。
- 太枠の中をすべて記入の上、組合員の証明を受けてください。

組 合 員 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日					
	住所					
	組合員 氏名					
T E L						