

保険給付費支給決定 並 支払伺		起案	
支払 金額	金 円	支払通知書 番号	振込 年月日
		支払	取得
		期間	喪失

傷病手当金 支給申請書 入院見舞金

被保険者証番号	正組合員	-	准組合員	-	
(フリガナ) 療養を受けた 被保険者氏名			申請人との 続柄		
生年月日	年 月 日	入院期間	自平成	年 月 日)	入院
			至平成	年 月 日)	
傷病名		発病傷 負傷	年月日	平成	年 月 日
療養を受けた 機関名					
発病の原因					
傷病の経過					
<p style="text-align: center;">上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属支部名</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">正組合員 住所</p> <p style="text-align: center;">(フリガナ)</p> <p style="text-align: center;">准組合員 氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>					
<p style="text-align: center;">上記の記載事項に相違なきことを証明する。</p> <p>保険医療機関の 証明欄</p> <p style="text-align: center;">所在地 名称 担当医師 (印)</p>					

- ※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません
- ※ 自費入院、交通事故等、介護、老人保健施設等での入院は給付出来ません。
- ※ 領収書のコピーを添付のこと。