

記入不要	保険給付費支給決定 並 支払伺	起案
	支払金額	支払通知書番号 振込年月日 取得 喪失
	円	日

記入例 傷病手当金 支給申請書

被保険者証番号	正組合員	11 - 1111	准組合員	- -
(フリガナ)	コクホ タロウ	申請人との続柄		
療養を受けた被保険者氏名	国保 太郎	本人		
生年月日	昭和 34 年 4 月 1 日	入院期間	自 至	年 月 日) 年 月 日) 年 月 日) 年 月 日)
傷病名		発病負傷年月日	平成	年 月 日
療養を受けた機関名				
発病の原因				
傷病の経過				

本人が記入

死亡の場合は配偶者または家族の方

病院が記入

上記のとおり申請いたします。

令和 1 年 7 月 1 日

所属支部名 中区

〒 460 - 0008
正組合員 住所 名古屋市中区栄四丁目14番28号

(フリガナ) コクホ タロウ

准組合員 氏名 国保 太郎



准組合員の申請の場合も、
正組合員の署名・捺印が
必要となります

住所

氏名



愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿

上記の記載事項に相違なきことを証明する。

保険医療機関の
証明欄

所在地
名称
担当医師



- ※ 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。