

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号						世帯主氏名					
	(フリガナ)						生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名											
	住所											
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					本店・支店 出張所・本店営業 部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入					
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号							
	口座名義(カタカナ)											
	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。											
<p>(宛先)内 灘 町 長</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 内灘町</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号</p> <p>世帯主氏名 ㊟</p>												

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世 帯 主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日										
	氏名						住所	同上			
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 -										世帯主との関係
	(フリガナ)										
	氏名										

保 険 者 記 入 欄	支給決定額										
	円										

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																																				
	傷病名		初診日		令和		年		月		日																																										
	発病年月日		令和		年		月		日		発病の原因																																										
	労務不能と認められた期間		令和		年		月		日から																																												
			令和		年		月		日まで																																												
	うち、入院期間		令和		年		月		日から		療養費用の種別		<input type="checkbox"/> 国保		<input type="checkbox"/> 公費()																																						
			令和		年		月		日まで		転帰		<input type="checkbox"/> 自費		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 治癒		<input type="checkbox"/> 中止		<input type="checkbox"/> 繰越		<input type="checkbox"/> 転医																														
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。		令和		年		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															診療実日数		日																											
			令和		年		月		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療実日数		日																											
			令和		年		月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															診療実日数		日																											
			上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																																		
											手術年月日		令和		年		月		日																																		
										退院年月日		令和		年		月		日																																			
		症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																																			
		(宛先)内 灘 町 長 令和 年 月 日 上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 Ⓜ 電話番号																																																			