

傷

国民健康保険 傷病手当申請書 (第 回目)

1. 組合員の記入欄

被保険者証記号番号	医 師 組		
個人番号			
氏 名	フリガナ		性 別
			男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日		
傷病名			
発病又は負傷年月日	年 月 日		
発病又は負傷の原因			
他医が明らかに就業困難と認めた年月日	年 月 日		
業務に服することができない期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
入院の場合その期間と療養取扱期間の所在地・名称	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (日間)	
	所在地 名 称		
当月業務に服することができなかった期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
業務を委託した場合その者の住所・氏名及び組合員との関係	住 所		
	氏 名		
	申請者との関係		
前受給の有無と期間その傷病名	受給の有無	1. 有 ・ 2. 無	
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日まで (日間)	
	傷病名		

上記の通り傷病手当金を申請します。

令和 年 月 日
〒

(世帯主) 住 所

氏 名

印

個人番号

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿

下記の預金口座へ振込を依頼します。

フリガナ			
口座名義人			
金融機関名	銀行	支店	
口座番号	普通 ・ 当座		

(注) 申請は1ヶ月につき1枚提出してください。

2・主治医の意見

傷病名	
発病又は負傷の原因	
発病又は負傷年月日	年 月 日
療養給付を開始した年月日	年 月 日
就業困難と認めた年月日	年 月 日
左の推定期間	年 月 日 頃まで
入院の場合の期間	年 月 日 ～ 年 月 日
傷病の主症状及び経過概要及び予後	
支給決定上の参考意見	

(注) 支給決定上の参考意見の欄は前病との因果関係の有無及び継続受給の場合就業の可否を記入すること。

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

住 所	
氏 名	印

3・市郡医師会長の意見書

受給の資格に関する調査意見	
---------------	--

上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

医師会長	印
------	---