

組合記入欄	常務理事	事務局

傷病手当金・傷病見舞金支給申請書

被保険者証記号番号		み歯				A									第	回
発症又は負傷年月日		平成・令和 年 月 日														
傷病名																
医療機関等	名称															
	所在地															
今回入院期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 (日間)														
組合記入欄	前回支給期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 (日間)														
	前回支給傷病名															
	当初支給開始年月日	平成・令和 年 月 日														
	前回支給後残日数	今回支給日数			今回支給額				今回支給後残日数							
	日間	日間			円				日間							
令和 年 月 日																
<p>上記について傷病手当金・傷病見舞金を申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">(〒 -)</p> <p>第1種 自宅住所</p> <p>第4種 組合員 氏名 (印)</p> <p>電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>																
振込銀行名		銀行										支店 ・ 本店				
預金種別		普通預金			当座預金				貯蓄預金							
口座番号												※左詰めで記入願います。				
口座名義人		(フリガナ)														

・第4種組合員の方については被保険者証記号番号は不要ですが、病院等が発行する入院期間を証明する書類を添付願います。

＜FAXでの提出はできません＞