
 本件を支給額を決定するに当たって、専務理事の承認を得なければならない。

専務理事	事務局長	事務局次長	給付課長	係長	係	支部係
令和 年 月 日					支払命令 第 号	

## 傷病手当金支給申請書

被保険者証 記号・番号	療養を受けた 被保険者の氏名	組合員 との続柄
個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	第三者行為による治療 はい ・ いいえ

保険医療機関又は医師の証明	傷病名	入院期間	① 令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間 ② 令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間 ③ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間 ④ 令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間
	上記期間入院していたことを証明する。		
	令和 年 月 日		
	保険医療機関 所在地		
	名称		
			医師氏名 <span style="float: right;">(印)</span>

(注)裏面の口座振込依頼に記入してください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 日 千

住所

氏名

組合員

TEL

個人番号

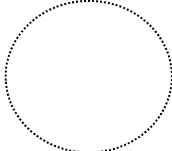
名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

保険組合記入欄	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
---------	---------	----------	---	---	---

下記のとおり傷病手当金の支給額を決定してよろしいか。

申請該当要件	1.規約第13条の2 2.規則第7条の2第1号 3.規則第7条の2第2号 ( 回目)							
入院期間	支給対象とならない日数					支給期間	単価	支給決定額
	入院当初分	限度を超える分	無資格期間	既支給期間	重複期間			
日	日	日	日	日	日	日	円	円

本部受付印



支部受付印



# 口座振込み依頼

支給決定額については、下記口座へ振込みください。

(フリガナ) 名義人の氏名	指定金融機関名	預金区分	口座番号
	銀行 本店	普通	
	信用金庫 支店	当座	
	農業・漁業 協同組合 出張所	貯蓄	

私の名義の口座がありませんので、支給金受領については

に委任しますから、上記口座へ振込みください。

(口座名義人の氏名)

組 合 員 ( 申 請 人 )

※

※ 申請人が署名できない場合は、記名押印してください。

(注) 1 傷病手当金は、被保険者として1年以上経過した方で、同一疾病又は負傷により入院したときは、

入院1日につき組合員は「1,000円」、家族の方は「500円」を支給します。

ただし、入院した日から当初7日間は支給対象から除かれ、支給対象期間の最高日数は90日となります。

2 申請人名義の口座がない場合は、上記委任欄(被保険者のみ)ご記入いただければ指定口座へ振込みます。

3 「傷病手当金支給決定通知書」を送付しますので、入金の確認をお願いします。

※ ご不明の点があれば、当組合事務局給付担当者までご連絡ください。