

傷病手当金支給申請書（令和 年 月分）医師会員用

被 保 険 者 番 号	沖医国	療 養 中 の 組 合 員 氏 名	
業務に従事し なかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 日間		
主治医の 意見	傷 病 名		
	診療開始年月日	令和 年 月 日	
	主症状及び 経過概要		
	本月中就業不能 と認める期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 日間	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 千 住 所 主治医 医療機関名 氏 名 印		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 千 住 所 医師組合員 氏 名（自署） 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿			

注意事項

- 1) 申請要件として、該当期間の時点で医師国保組合に6カ月以上加入している必要があります。

振込先口座（医師組合員名義のみ）

※原則、保険料引き落とし口座への振込となります。（その場合記入不要）

銀 行 名	銀行	支 店 名	支店
口座番号	(普通 ・ 当座) No.	フリガナ	
		口座名義	
事務処理欄	支給決定金額	金 円	支給開始日 令和 年 月 日