

傷病手当金支給申請書（令和 年 月分）従業員組合員用

被保険者 番号	沖医国	療養中の 組合員氏名	
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 _____ 従業員組合員 氏名（自署） _____ 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿			
医師組合員 証明欄	いずれかに☑をしてください。		
	上記の「本月中就業不能と認める期間」と給与を支給しなかった期間が <input type="checkbox"/> 一致する <input type="checkbox"/> 一致しない（給与を支給しなかった期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間）		
	上記のとおり相違のないことを証明します。 令和 年 月 日 千 住所 _____ 医師組合員 氏名（自署） _____		

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（従業員組合員名義の口座をご記入下さい）

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