

決	理事長	常務理事	事務長	会計係長	担当者	支給額算定	台帳番号	第 号
							日 額	円
							支 給 額	日
							算 定 額	円
裁	令和 年 月 日					既支給額	日 数	日
	右のとおり決定してよろしいか。						支 給 額	円
						不支給事由		

### 傷病手当金請求書

請求者の振込  
依頼銀行名・口座  
番号・名義を  
記入して下さい。

銀行 本店

普通  
当座 No.

名義

請求者の記載欄	被保険者証の 記号番号	医						組合員 氏名	
	規約第 13 条に 該当する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						請求金額	円
	上記の金額を請求いたします。 令和 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿 組合員との続柄 ( )								

主治医の記録欄	傷 病 名		年 齢	歳
	発病又は負傷の 原因		故意の障害又は 第三者障害の有無	有・無
	発病又は負傷の 年 月 日	令和 年 月 日	初診の 年 月 日	年 月 日
	就業不能と認めた期 間 (療養した期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間
	傷病の主状態 及び経過概要			
	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 主治医 住所・氏名			

### 理 事 会 審 査 決 定

令和 年度	款	保険給付費	項	傷病手当金	目	傷病手当金	節	負担金補助 及び交付金
支給決定額		金	拾	万	千	百	拾	円
理 事 会 決 定			令和 年 月 日	(担当理事決裁印)				