

様式第25の(1)

決	理事長	常務理事	事務長	会計課長	担当者	支給額算定	台帳番号		第	号
							日額	入院		円
								入院外		円
	平成 年 月 日						右のとおり決定してよろしいか。	日数	入院	
入院外									日	
裁						既給支額	算定額			円
							日数			日
						支給額				円
不支給事由										

傷病見舞金請求書						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		店
① 一 金 円也							普通	No.	
							当座		
						名義			

請求者の記載欄	被保険者証の記号番号	医				受給対象者氏名		組合員との続柄	
	上記の金額を請求いたします。 平成 年 月 日 住所 請求者(組合員) 氏名 茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿								

主治医の記載欄	傷病名					入院・入院外・自家別	年 齢
	発病又は負傷の原因					入・外・自	歳
	発病又は負傷の年月日	平成	年	月	日	初診の日	平成 年 月 日
	入院加療期間	平成	年	月	日	から	日間
	入院外加療期間	平成	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。					
平成 年 月 日							①
主治医 住所・氏名							

理 事 会 審 査 決 定

平成	年度	款	保険給付費	項	傷病手当金	日	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			平成 年 月 日				(担当理事決裁印)		

※①特別の事情により自己の属する医療機関にて療養したときは、診療内容証明(裏面)を記入証明して下さい。
 この場合「主治医の記載欄」は「主組合員の記載」欄に読み替えて下さい。
 ②組合員の父母及び配偶者並びに准組合員に関する傷病見舞金は、入院期間についてのみ支給されます。

診療内容証明書

診療期間	被保険者名		男	主組合員との続柄	父・母・配偶者	
		(歳)	女			
至平成	傷病名	1.	診療開始日	1.平成 年 月 日	診療実日数	
		2.		2.平成 年 月 日		
3.	3.平成 年 月 日					
年	診 療 内 容		一 般	摘 要		
月	投 薬	内服 { 一剤 二剤	日分 日分	点		
日		屯服 外用	回 回			
	注 射	皮・筋	回 回 回			
		静・その他	回 回 回			
	検 査		回 回 回			
	レ ゲ ン ト ン		回 回			
	処 置	点 点 点	回 回 回			
	手 術					
	そ の 他					
	合 計					
<p>上記のとおり証明いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">主組合員氏名印 ⑩</p>						