

様式第25

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	円
	平成 年 月 日						日 数	日
							算 定 額	円
裁	右のとおり決定してよろしいか。					既給支額	日 数	日
						支 給 額	円	
						不支給事由		

傷病手当金請求書

① 一 金 円也

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

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
	上記の金額を請求いたします。					
	平成 年 月 日 住所 請求者 氏名 ① 茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿 組合員との続柄 ()					

主治医の記載欄	傷 病 名				年 齢	歳
	発病又は負傷の原因				故意の傷害又は第三者傷害の有無	有・無
	発病又は負傷の日	平成 年 月 日	初診の年月日	平成 年 月 日		
	就業不能と認められた期間(療養した期間)	平成 年 月 日 から	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 主治医 住所・氏名 ①						

理 事 会 審 査 決 定

平成 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	百	拾	万	千	百	拾	円
理 事 会 決 定				平成 年 月 日			(担当理事決裁印)		