

様式第 25 の (1)

決 裁	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	
	令和 年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。							日 額	入 院	円
									入 院 外	円
								日 数	入 院	日
									入 院 外	日
								算 定 額		円
								既支 給額	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 本店	
										普通 当座 No.			
										名義			

請 求 者 の 記 載 欄	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号		医							受給対象 者 氏 名		組合員と の 続 柄	
	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（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 録 欄	傷 病 名								入院・入院外・自家別		年 齢	
									入・外・自		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		令和 年 月 日			
	入 院 加 療 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						日間			
	入 院 外 加 療 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			平成 年 月 日				(担当理事決裁印)		