

様式第 25

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

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（ 印 ）									

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 印			

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)		