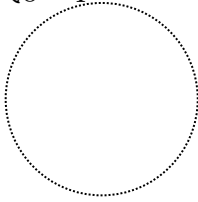
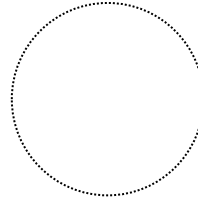


県支部受付印



決裁欄	事務局長	業務課長	係長	係	支給決定額	円 ×	日分



本部受付印

傷病手当金支給申請書

太枠の中を記入してください。

(注)業務上の災害の場合は支給しません。	組合員	被保険者証号 記号・番号	92 - -	組合員	氏名	
	組合員	資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日		生年月日	昭和 平成 年 月 日生
	組合員	発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日			
	記入欄	発病の状態 又は負傷の原因				
	記入欄	傷病手当金を申請 する期間及び日数 〔待機期間として の3日間を除く〕	(入院4日目から) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間	傷病手当金 申請額	円	

医師の証明を受ける欄	入院した方の氏名	入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで (日間)
	傷病名	診療開始日	平成 年 月 日
	傷病の主症状 及び経過概要		
	上記のとおり入院療養のため労務に服することができなかったことを認めます。 平成 年 月 日 医療機関 名称 所在地 担当医		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所

組合員

氏 名

(印)