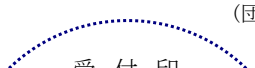


この欄は記入しないで下さい

支出科目	款	保険給付費	項	傷病諸費	目	傷病手当金	節	負担金補助及び交付金			
支給額 (出)金	¥				資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	種別	事 従
支給期間	自	令和	年	月	日	日間	支給回数	回目	 (団・支・本) (持・送) 受付印		
前回迄の	回目	自	平成	年	月	日	日間	回目			
支給期間	回目	自	平成	年	月	日	日間	回目			
備考											

※ 二重線の枠内に、担当医師の証明をお取り下さい。

## 傷病手当金請求書 (第 回)

被保険者番号		枝番	入院した組合員の 氏名及び生年月日		昭・平	年	月	日生	
担当医師の証明欄	入院を必要とした主傷病名				診療開始年月日	平成	年	月	日
	入院した期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間 )							
	傷病の主症状及び処置・手術等の経過概要								
	上記のとおり入院した事を証明します。				TEL	( )			
	令和 年 月 日		所在地						
保険医療機関名称				印					
医療機関コードNo.		(診療科名)							
印		保険(担当)医氏名			印				
上記のとおり請求します。									
令和 年 月 日		(〒 - ) TEL		( )					
		住所							
		組合員(申請人)							
		氏名							
大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿									

〈銀行振込欄〉

- ・預金口座は、組合員に限ります。ただし、本人死亡の場合はその相続人(申請人)となります。
- ・ゆうちょ銀行に振込希望の方は、振込専用の店名(漢数字3文字)・種目・口座番号を記入下さい。

振込先	銀行・信用金庫 信用組合		銀行コード	
	支店		支店コード 種別	
		出張所		
種別	1. 普通(総合口座) 2. 当座	口座No.		
名義		(フリガナ)		