

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	金額	¥				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	至 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	至 平成 年 月 日							
支給期間	回目	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日	日間						
備考										

この欄は記入しないで下さい

記入不要

## 傷病手当金請求書 (第 回)

<b>記入例</b>	被保険者番号	枝番	入院した組合員の氏名及び生年月日	食品太郎
	188010010001	01	昭・平 26年4月1日生	

※ 二重線の枠内に、担当医師の証明をお取り下さい。

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 <span style="float: right;">印</span>			
医療機関コードNo. (診療科名)			
[ ] 保険(担当)医氏名 <span style="float: right;">印</span>			

上記のとおり請求します。

(〒××× - ◇◇◇◇) TEL 012 ( 3456 ) 7890

令和 〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市△△区□□□□1-1-10

組合員(申請人) 氏名 食品太郎

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	食品 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> 信用金庫 信用組合	銀行コード		1	2	3	4		
	中央 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">支店</span> 出張所	支店コード 種別		1	2	3	1		
種別	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span> 普通(総合口座) 2. 当座	口座No.	1	2	3	4	5	6	7
名義	(フリガナ) ショクヒン タロウ 食品太郎								