

5,000円× 日＝ 円

理事長	常務理事	受付日
		担当者
		電算処理

傷病手当金支給申請書 (第1種組合員)			
組合員の被保険者証記号番号		群歯 ー (枝番)	
組 合 員	住 所		
	氏 名		昭和・平成・令和 年 月 日生
入 院 した 医 療 機 関 の 証 明 欄	入院した 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	所 在 地 名 称		
	医 師 名 (電 話)	ー ー	印
手 当 金 の 振 込 先 金 融 機 関	銀行・信用金庫・信用組合		支店
	普通・()	口座番号	
	名 義 人	(フリガナ)	
上記のとおり申請いたします。			
令和 年 月 日			
群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			
備 考 欄			

※入院した期間は、日曜・祝祭日を含んだ通算期間を記入してください。
※自賠責保険から休業補償がなされた場合は、傷病手当金を支給しない場合があります。
※振込は申請月の月末に行います。ただし、20日以降の申請は翌月末になる場合があります。