

決	理事長	常務理事	事務長	担当者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
裁					平成 年 月 日			

傷 病 手 当 金 支 給 申 請 書			
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	1234-012340	組 合 員 名 氏 名	国保 一郎
		生 年 月 日	昭平 23 年 11 月 24 日
傷 病 名	胃潰瘍	資 格 取 得 年 月 日	昭和 45 年 7 月 27 日 平成
傷 病 の 原 因	不詳		
療 養 を 受 け た 医 療 機 関	所 在 地	碧南市平和町3-6	
	名 称	碧南市民病院	
申 請 期 間	22 年 4 月 1 日 ~ 22 年 5 月 30 日 (60 日間)		
他の法令による傷病手当金 (休業保障)の支給の有無	あ る な し	前 支 給 の 有 無	あ る 年 月 日 (日間) . な し
備 考	<p>上記のとおり申請します。 なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振込み下さい。</p> <p>平成 22 年 6 月 5 日</p> <p>住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号 組 合 員 氏 名 国保 一郎 TEL (052) 982 - 5736</p> <p>愛知建連国民健康保険組合理事長 殿</p>		

下記の通りの支給を決定してよろしいか。

決 定期間	※ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	支 給 決 定 額	※ 円
	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		

振 込 先	碧海	銀行	信用金庫	駅前	本店	本部 受付欄	支部 受付欄		
		農協	信用組合		支店	本部 受付印	支部 受付印		
	預金種別	普通		当座					
	口座番号			4	5			6	7
	フリガナ	コクホ イチロウ							
口座名義	国保 一郎								

◎ 申請者は太枠の部分を記入してください。※は記入しないでください