

支給日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係	支給金額
					円
傷病手当金支給申請書					
平成 年 月 入院分					
被保険者証 の記号番号	鹿歯・鹿歯従		組合員氏名		
入院した 期 間	平成 年 月 日から	日間			
	平成 年 月 日まで				
入院した医療機関 の名称及び所在地		所在地			
		名 称			
支払方法 (希望)	1.銀行振込 2.受取りに来る	振込先	銀行 店		
			金庫		
			1.普通	口座番号 No.	
			2.その他 ()	フリガナ	
			口座名義		
上記の通り申請します。					
平成 年 月 日					
(〒 -)					
組合員本人 住 所					
氏 名					
⑩					
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※ 申請書1枚が1ヶ月分になります。

※ 支給日数は、年間90日間が限度となっております。

処 理 欄	当該年度支給済日数	
	今回支給日数	
	当該年度支給日数累計	
	今回支給年月日	. . .