

傷病見舞金支給申請書 (令和 年 月分) (後期高齢者専用)

後期高齢者組合員氏名				
傷病手当金の支給開始年月日		令和	年 月 日	
前回までの 支給期間	年 月 日～ 年 月 日まで 日間			
主治 医の 意見	傷病名			
	診療開始年月日			
	主症状及び 経過概要			
	入院した期間	令和	年 月 日～ 令和	年 月 日まで 日間
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 _____ 主治医 氏名 _____ 印			
申請金額	金	円	内 訳 (第 回分)	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 後期高齢者組合員 氏名 _____ 印 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿				

※振込先金融機関

銀行名	銀行	支店名	支店
口座番号	(普通・当座)	フリガナ	
	No.	口座名義	