

理事長	常務理事	事務長	係員

令和 年 月 日

福井県薬剤師国民健康保険組合
理事長 殿

傷病手当金支給申請書

下記のとおり、傷病手当金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

【支給対象】※組合加入後1年を経過した組合員

支給決定額
円

組合員記載欄	被保険者証番号	井薬 — — (枝番)		
	住所	〒 -		
	申請者(組合員)氏名			
	国保組合加入日	昭和・平成	年	月 日
医師の証明欄	傷病名			
	対象入院期間	自 令和	年	月 日
		至 令和	年	月 日 日間
	入院した病院の所在地及び名称	所在地		
	名称			
	医師の氏名	⑩		

傷病手当金振込口座	金融機関	銀行	支店
	預金種目	1 普通	2 当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

※振込口座は、申請者の名義とし、なるべく福井銀行にてご協力願います。

※医療機関より請求(診療報酬明細書)が届くのは入院月の約2、3ヶ月後となります。

よって、ご入院された医療機関より当組合に請求(診療報酬明細書)が届いた後での支給となります。

注 意 事 項

1. 傷病手当金は、当組合加入後 1 年を経過した組合員が、業務外の病気やけがのための就業不能により入院 8 日目より 90 日限度にて支給致します。
2. 休業中でも、自宅療養や通院治療のみの期間は、支給することができません。
3. 交通事故等の第三者行為によるケガ・疾病で、自賠責法や労災法から休業補償が行われたときは支給することができません。
4. 申請書は、入院期間ごと、医療機関ごと、年度ごとに必要です。
※年度とは、4 月から 3 月までの 1 年間をひとつの年度とします。