

様式第 25 の (1)

決	理事長	常務理事	事務長	会計係長	担当者	支給額算定	台帳番号		第 号
							日 額	入院	円
裁	令和 年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。					既支給額	入院外	円	
							日 数	入院	日
							算 定 額	入院外	日
							支 給 額	円	
不支給事由									

傷病見舞金請求書

請求者の振込依頼銀行名・口座番号・名義を記入して下さい。

銀行 本店

普通 当座 No.
名義

請求者の記載欄	被保険者証の記号番号	医						受給対象者氏名		組合員との続柄	
	規約第 13 条に該当する期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	請求金額		円					
	上記の金額を請求いたします。 令和 年 月 日 住所 請求者（組合員）氏名 茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿										

主治医の記録欄	傷 病 名					入院・入院外・自家別	年 齢
						入・外・自	歳
	発病又は負傷の原因					故意の障害又は第三者障害の有無	有・無
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	初診の年月日	令和 年 月 日			
	入院加療期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間			
	入院外加療期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間			
	傷病の主状態及び経過概要	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 主治医 住所・氏名					

理事会審査決定

令和 年度	款	保険給付費	項	傷病手当金	目	傷病手当金	節	負担金補助及び交付金
支給決定額		金	拾	万	千	百	拾	円
理事会決定			平成 年 月 日			(担当理事決裁印)		