様式第25

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 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 | 円 |
| 支給額 | 日 |
| 算定額 | 円 |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　右のとおり決定してよろしいか。 |
| 既支給額 | 日数 | 日 |
| 支給額 | 円 |
| 不支給事由 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **傷病手当金請求書** | 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 | 本支 | 店 |
| 普通当座 | № |
| 名義 |  |
| 請求者の記載欄 | 被保険者証の | 医 |  |  |  |  |  |  |  |  | 組合員氏　名 |  |
| 記号番号 |
| 規約第13条に | 令和　 　年 　　月 　　日から | 請求金額 | 円 |
| 該当する期間 | 令和　　 年 　　月 　　日まで |
| 上記の金額を請求いたします。　　令和　　　年　　　月　　　日住　所請求者氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　茨城県医師国民健康保険組合理事長　殿　　　　　　　　組合員との続柄（　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医　の　記　録　欄 | 傷病名 |  | 年　齢 | 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 | 　　年　　　月　　　日 |
| 就業不能と認めた期 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　から | 日間 |
| 間 （療養した期間） | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　まで |
| 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 | 令和　　　年　　　月　　　日 | （担当理事決裁印） |