

# 傷病手当金支給申請書

種組合員

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	全 歯	組 合 員 氏 名		男 ・ 女					
入 院 し た 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間								
過去 1 年間に於いて傷病手当金を受けたことの有無			有 ( 年 月 ) ・ 無						
業務上・外、第三者行為 ( 交通事故等 ) の有無			1. 業務上 2. 第三者行為 ( 交通事故等 ) 3. その他						
上記のとおり申請いたします。									
					必 ず 記 入	(フリガナ)			
						振 込 先	銀行・信金 信組・農協	店 出張所	
						口 座 番 号			
						口 座 種 別	普 当		
(フリガナ)									
通 帳 名 義									
年 月 日									
〒									
組合員 住 所									
氏 名									
電話番号 ( — — )									
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿									

印 ※自署の場合は  
押印省略可

支 給 金 額	
	円

係



支部長	支部常務	係

