| | |
|---|---|
| 支給額 | 円（　　日間） |
| 支給期間 | 自　令和　　年　　月　　日<br>至　令和　　年　　月　　日 |
| 取得日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 |
| 区分 | 事業主・従業員・家族 |

| 決裁 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 担当者 |
| | | | | |

# 傷病（入院）手当金申請（請求）書

※太枠のみ記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証記号・番号・枝番 | | 入院された方の氏名 | |
| 79- | | | |
| 病院名 | | 入院期間 | 自　令和　　年　　月　　日<br>至　令和　　年　　月　　日 |

上記のとおり申請（請求）いたします。

令和　　年　　月　　日

住　所

組合員

氏　名　　（自署）

東京美容国民健康保険組合

理事長　殿

| | | | |
|---|---|---|---|
| 担当医師記入欄 | 傷病名 | | 病院・診療所名 |
| | 入院期間 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 | |

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成　　年　　月　　日

担当医師名

＊病院から当組合への請求にて確認いたします。
お待たせして大変申し訳ありませんが、お振込は
退院後3ヶ月程掛かりますのでご了承願います。

| | |
|---|---|
| 公金受取口座 | □ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ゆうちょ銀行以外 | 銀行・金庫・組合　　支店 | | |
| | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | |
| | 氏　名 | | |
| | 電　話 | | |
| ゆうちょ銀行 | 普通・当座・貯蓄 | 記号 | 番号 |
| | フリガナ | | |
| | 氏　名 | | |
| | 電　話 | | |

どちらか一方に記入してください

※記号の6桁目がある場合は記入してください。

| | |
|---|---|
| 支給台帳番号 | |
| 処理欄 | |
| 支給台帳 | |

様式第8号