

支給額	円 ( 日間)
支給期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・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	令和 年 月 日			
	理事長	常務理事	事務局長	担当者
裁				

## 傷病（入院）手当金申請（請求）書

被保険者証記号・番号		入院された方の氏名	
79-			
病院名		入院期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・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			
(印)			
東京美容国民健康保険組合 理事長 殿			

※太枠のみ記入し、捺印もれのないようにしてください。

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。

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		
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

支給台帳番号
処理欄
支給台帳

※記号の6桁目がある場合は記入してください。