

傷病手当金請求書

振込依頼銀行名	銀行	本店
普通・当座 口座No.	名義人(組合員)カタカナ	

被保険者証の 記号番号	歯		所属医療 機関名				
	個人番号						
組合員 (請求者) 氏名	年 月 日生 才		種別	1. 第1種組合員 2. 第2種組合員(勤務医・その他)			
入院期間	年 月 日から		日間	請求金額	円		
	年 月 日まで						
入院した 医療機関	住 所		医療機関名				

上記の金額を請求いたします

年 月 日

住 所

請求者
(組合員)

氏 名

印

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

給付決定支出命令書

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
支出命令	金		拾	万	千	百	拾	円
支給額算定	支給額	日額	日数	休止の有無		既支給額		
	円	円	日	有・無		日数	日	円
決定	年 月 日		理事会	理事長		常務理事		
送金	年 月 日		振込	事務長		担当		

<個人番号の利用について>

当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保険事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。