

# 傷病手当金支給申請書

種組合員

記 号・番 号	全 歯	組 合 員 名 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。	(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 通 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

