

事 務 連 絡
令和 年 月 日

1 種組合員 様

全国歯科医師国民健康保険組合
新潟県支部

傷病手当金の支給について

平素より当健保組合業務にご理解ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。
さて、組合員本人が入院した場合、下記のとおり傷病手当金が支給されます。
別紙、支給申請書をお送りいたしますので、ご記入の上、当支部へご返
送下さい。
なお、支給金額等は下記のとおりですので、よろしく願い申し上げます。

記

【支給金額】

1 種組合員本人 入院1日につき 4,000円

- 注
- 1) 支給対象は組合員本人のみで、家族は対象外です。
 - 2) 同一年度内（4月診療分～3月診療分）の入院で、入院した日から給付期間90日を限度として支給されます。
 - 3) 振込先金融機関はご本人名義の口座をご記入下さい。
 - 4) 指定口座への送金は、組合本部へ申請しますので約2ヶ月を要しますので、ご了承下さい。

ご不明な点は支部までお問い合わせ下さい。

TEL 025-250-7755

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	令和	年	月	日から
	令和	年	月	日まで
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	
必 ず 記 入	(フリガナ)			
	振 込 先	銀行・信金	店	
	口座番号	信組・農協	出張所	
	口座種別	普 通 当		
	(フリガナ)			
通 帳 名 義				
上記のとおり申請いたします。				
令和 年 月 日				
〒				
組合員 住 所				
氏 名				
印				
電話番号 (— —)				
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				

支 給 金 額	
	円

係



支部長	支部常務	係

