

②国民健康保険傷病手当金支給申請用意見書

| | | | | |
|----------------------------|----------------------|------|----------|-------|
| 被 保 険 者 情 報 | 被保険者 記号番号 | 幡15- | | |
| | (フリガナ) 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 傷 病 名 | | | | |
| 入 院 期 間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 | | | |
| 特 記 事 項 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | |
| 医師の氏名 | | | | |
| 電話番号 | | | | |