

決裁	事務局長	確認	担当

処理	台帳	
	調定簿	

下記申請に対して支給額を

円に決定する

被保険者証の記号番号		区分	第 種
入院 保険 医療 機関 の 証明 ・ 保険 医 の 意見	① 傷 病 名		
	② 療養の給付を行った 期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	③ 診療実日数 日間
	④ 労務不能と認めた期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	日間
	⑤ ④の期間における 入院期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日	日間
	⑥ 傷病の主な症状経過 の概要		
	上記の通り相違ありません 令和 年 月 日 保険医療機関の所在地 保険医療機関名 保険医氏名		印
傷病の原因が外傷性の場合 (骨折・損傷・捻挫など)は 負傷の原因を記入			
振込先金融機関		総支部名	
銀行 信用金庫 農 協 信用組合 労働金庫		支 部 名	
		受付日付印	
預金種別	普通(総合)・当座		
口座番号	店番号	口座番号	
名義人 (組合員本人)	カタカナで記入		