

理 由 書

令和 年 月 日

音羽健康保険組合 理事長 殿

保険証記号－番号 ー

被 保 険 者 氏 名

今回申請した傷病手当金請求書（ 年 月 日から 年 月 日まで）の
「診療実日数が0日」であった理由を下記のとおり申し立ていたします。

記

1. 前回診療受診時に、医師から次回受診日についてどのように指示されましたか。
2. 「診療実日数が0日」の理由
3. 前後直近の診療日をご記入ください。

以上

※「診療実日数が0日」であった理由をご記入の上、傷病手当金請求書と併せて提出し
てください。

この書類を提出いただけない場合は、不支給となる場合があります。