別記第１号様式（第３条関係）

　年　　月　　日

多古町国民健康保険傷病手当金支給申請書

　　　多古町長　　　　　　　　　　様

　　（申請者）

　　　 　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名 　 印

　　　　　 電話番号

多古町国民健康保険条例附則第５項に定める傷病手当金の支給を受けたいので、次の

とおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者**  **情報** | 被保険者証  記号番号 | |  | | 世帯主氏名 | |  |
| （フリガナ）  氏　　名 | |  | | 生年月日 | | 昭和  　　　　年　　月　　日  平成 |
| 症状が出た日 | 令和　　年　　月　　日 | | 帰国者・接触者相談ｾﾝﾀｰへの相談日 | | | 令和　　年　　月　　日 |
| **医療機関**  **受診日** | (名称)　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　令和 　年　　月　　日 | | | | | | |
| (名称)　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　令和 　年　　月　　日 | | | | | | |
| (名称)　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　令和 　年　　月　　日 | | | | | | |
| **休養のため休職した期間** | | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | |
| **上記の期間のうち、勤務ができなかった日数**  (新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染疑いも含む）によらない休暇や、勤務予定がなかった日は除く。) | | | | | | 日 | |
| **上記期間中の給与等支払** | | | あり　　・　　なし | | | | |
| **｢あり｣の場合の支払期間と金額** | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで | | | 円 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **振込先** | **金融機関**  **名　　称** | 銀行・金庫・信組  　　　　　　農協・漁協・その他 | | | | | | | 本店　・　支店  本所・支所・その他 | | | | | | | | | | | |
| **預金別** | 普通　・　当座 | | | | **口座番号** | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |
| **口座名義**  **（カタカナ）** |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |