

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

電話番号

印

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)						