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）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |