

第1号様式（第3条関係）

年 月 日

東庄町国民健康保険傷病手当金支給申請書

東庄町長

申請者 住所
 (世帯主) 氏名 印
 電話

東庄町国民健康保険条例附則第3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。

被保険者氏名		国保番号	
医療機関	(名称)	年 月 日	
受診日	(名称)	年 月 日	
	(名称)	年 月 日	
療養のため 休職した期間		年 月 日から 年 月 日まで	
上の期間のうち新型コロナウイルス感染症に感染したため勤務できなかった日数			日
上の期間中の給与等の支払	あり	・	なし
給与等の支払がある場合の支払期間と支払金額	年 月 日から 年 月 日まで		円

添付書類

- ・第2号様式（第3条関係）休職期間等証明書
- ・第3号様式（第3条関係）新型コロナウイルス感染症により労務不能であることの診断書