

第 1 号様式（第 3 条関係）

年 月 日

旭市国民健康保険傷病手当金支給申請書

旭市長

申請者 住所 旭市〇〇〇〇番地
氏名 旭太郎 印
電話 ××－××××

旭市国民健康保険条例附則第 5 項に規定す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。

保険証の番号を
記入します。

被保険者氏名	旭太郎	記号番号	27-12345678
医療機関 受診日	(名称) 〇〇〇医院 令和 2 年 5 月 1 日		
	(名称) 年 月 日		
	(名称) 年 月 日		
療養のため 休職した期間	令和 2 年 5 月 1 日～令和 2 年 5 月 1 4 日		
上記の期間中、勤務を予定していたが新型コロナウイルス感染症（疑いを含む。）により勤務ができなかった日数		1 0 日	
上記期間中の 給与等支払	あり ・ なし		
「あり」の 場合支払期間 とその金額	年 月 日～ 年 月 日		円