

傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）が  
提出できないことに関する申立書

令和 年 月 日

大磯町長 殿

被保険者証の 記号番号		5	4	1	2	3	4	5	6
----------------	--	---	---	---	---	---	---	---	---

申請者 住所 中郡大磯町〇〇1丁目23-45  
(世帯主) 氏名 大磯 太郎  
電話番号 012 ( 345 ) 6789

私は、国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）について医療機関から交付されないため、以下の添付書類を添え、申請の内容が事実と相違ないことを申し立てます。

なお、当該給付について、偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた場合はその給付額の全部または一部を返還することを誓約します。

添付書類（お持ちの書類をコピーして添付してください。）

	医療機関を受診したことがわかる領収書
	薬局から発行された領収書
	医療機関又は保健所から発行された検査結果がわかる書類
	その他

※ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。記名押印に代えて、署名することができます。