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

大井町長　様

申請者　　住　　所

（世帯主）

氏　　名

　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証の記号・番号 | ５７－ |

　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、その給付額の全額または一部を返還することを誓約します。

添付書類（コピーを添付してください）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |
|  | 自主療養届 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |