様式第12号(附則第3項関係)

国民健康保険傷病手当金交付決定(却下)通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

申請者

　　　住所(所在地)

　　　氏名(名称)

美唄市長　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　年　月　日に申請のあった国民健康保険傷病手当金の交付について、次のとお

り決定(却下)をしましたので、通知します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 世　帯　主　氏　名 | |  |
| 被保険者記号番号 | |  |
| 療養のために休んだ期間 | 始 　期 | 年　　　月　　　日 |
| 終　　期 | 年　　　月　　　日 |
| 支給決定額 | | 円 |
| 却　下　の　事　由 | |  |