様式第2号（第3条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

身延町長　　　　　　印

国民健康保険傷病手当金支給決定通知書

年　　月　　日付けで申請のあった国民健康保険傷病手当金の支給については、下記のとおり決定したので、国民健康保険新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金規則第3条の規定に基づき通知します。

記

1. 支給対象者
2. 一日当たりの収入　　　　　　　　　　　　　円
3. 傷病のために休んだ日数　　　　　　　　　　　　　日
4. 支給決定額　　　　　　　　　　　　　円（②×2/3×③）
5. 振込予定日　　　　　年　　　月　　　日