

第 号
年 月 日

様

小野町長

国民健康保険傷病手当金【支給・不支給】決定通知書

年 月 日付けで申請のありました傷病手当金について、下記のとおり決定しましたので通知いたします。

被 保 険 者 氏 名		
対 象 期 間		
支 給 決 定 額		
支 払 方 法	【口座振込・窓口払い】	
	金融機関名	
	口座番号	
	口座名義	
支 払 日		

【不支給理由・減額理由】

()

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に国民健康保険審査会（福島県国民健康保険課内）に審査請求をすることができます。

問い合わせ先