

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号番号					世帯主氏名								
	(フリガ ナ) 氏 名							生年月日		年 月 日				
	住 所													
振 込 先	☐ 公金受取口座を利用する（利用する者は以下の口座情報の記入不要） ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 ※申請時に公金受取口座を選択した方で、申請後に公金受取口座情報を変更・抹消した場合は、登録した情報等の反映に数日程度要するため、変更前の口座へ支給される場合があります。また、情報連携により公金受取口座情報を取得できなかった場合や、振込不能となった場合は、確認のため連絡をすることがあります。													
	☐ 振込口座を指定する													
	金融機関 名称	銀行 ・ 金庫 ・ 信組 農協 ・ 漁協 その他（ ）						本店 ・ 支店 出張所 ・ 本店営業部 本所 ・ 支所 その他（ ） ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入						
	預金別	普通 ・ 当座 その他（ ）			口座番号									
	口座名義（カタカナ）													
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。														
上記のとおり申請します。 年 月 日 電 話 番 号 住 所 和 光 市 長 様 世帯主氏名														

【受取代理人の欄】（世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年	月	日
	氏名	住所	同上		
代理人 (口座名義人)	〒			世帯主との関係	
	(フリガナ)				
	氏 名				

保険者 記入欄	支給決定額
	円

(裏面も記入してください。)

(裏)

(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時頃)							
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない								
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)										
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	日							
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ									
⑥ ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額: 円) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日		
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	