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	1 2 3 4 5 6	世帯主氏名	国保 一郎							
	(フリガ ナ)	コクホ ジロウ	生年月日	平成 6 年 12 月 2 日							
	氏名	国保 二郎									
住所	和光市広沢1丁目5番										
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	国保		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	1	2	3	4	5	8	9
	口座名義（カタカナ）	コ	ク	ホ	イ	チ	ロ	ウ			
※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。 令和 6 年 12 月 2 日 住所 和光市広沢1丁目5番 電話番号 012-345-6789 世帯主氏名 国保 一郎 和光市長様											

【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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 5年 4月 1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	令和 5年 4月 1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	令和 5年 4月 1日から 令和 5年 4月 8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。	6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	(給与等の額: 円)	
	年 月 日まで	□ □ □ □ □ □ □ □	

(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	