

(表)

# 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	被保険者証 記号番号	世帯主氏名		
	(フリガナ)	生年月日	年 月 日	
	氏 名			
	住 所			
振 込 先	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、姓と名の間は一字空けてください。				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電 話 番 号</p> <p>世帯主氏名 和 光 市 長 様</p>				

【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><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	