

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	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。（口座情報の記入は不要です。） 世帯主の個人番号 <input type="text"/>		
	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。 通帳等の写しの提出が不要になります。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。（口座情報を記入してください。）		
	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)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※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。		
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
総社市長 様 住 所 世帯主氏名 電 話 番 号			

【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	
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

国民健康保険傷病手当金支給申請書（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）											
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	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 ⑤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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>上記④～⑥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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>		
担当者氏名		電話番号	

