

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

(表)

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			個人番号																																		
	住 所	〒 西会津町																																				
振 込 先	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 会津よつば農協 <input type="checkbox"/> 会津信用金庫 <input type="checkbox"/> 会津商工信組 <input type="checkbox"/> ゆうちよ銀行 <input type="checkbox"/> その他()			支 店 その他 ()																																	
		※該当する名称に☑してください。			※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)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																				
※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 西会津町長 様 世帯主 住 所 西会津町 氏 名 ⑩ 電話番号 — — 個人番号																																						

【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 ⑩	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 ⑩	

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)

(裏)

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 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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <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