

様式第9号の2 (第25条)

(その1)

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) 氏 名				生年月日	年		月		日				
	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							
	預貯金別	普通・当座 その他 ()		口座番号										
	口座名義人 (カタカナ)													
<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</p> <p style="text-align: right;">四街道市長 様</p>														

【委任状】 (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	本申請に基づく傷病手当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)	(郵便番号) 住 所	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

(その2)

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	⑤左記期間のうち、勤務ができなかつた日数 (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つた日は除く。)	日								
⑥ 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、今後の支払いはありますか。	1 はい 2 いいえ										
⑦ 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 なつた(なる)期間を御記入ください。	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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	年 月 日		
	上記③～⑦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	