

川口市国民健康保険傷病手当金支給申請書

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	昭和 平成 令和			年	月	日	
	氏名											
	住所											
振込先			銀行	金融機関コード				本店			店舗コード	
			信用金庫					支店				
			信用組合					出張所				
			農協									
	種目	1 普通預金	口座番号									
	2 当座預金											
	9 その他											
	フリガナ											
	口座名義人											
川口市国民健康保険条例施行規則附則第9項の規定により申請します。												
令和 年 月 日												
住所 電話番号												
世帯主氏名 (あて先)川口市長												

【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。 令和 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										

【記入例】

様式第36号

1枚目

川口市

保険証左上の記号・番号
(各4桁)

手当金

保険証下部の「世帯主氏名」

被保険者 情報	被保険者証 記号番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8	世帯主氏名	国保 太郎									
	フリガナ	コクホ ハナコ			生年月日	昭和 平成 令和				2年	1月	1日	
	氏名	国保 花子											
	住所	川口市青木2-1-1											
振込先	種目	1 普通預金	金融機関コード				川口	本店			店舗コード		
		2 当座預金	0	0	1	7		支店			3	5	7
	9 その他	口座番号				1	2	3	4	5	6	7	
	フリガナ	コクホ ハナコ											
口座名義人	国保 花子												
川口市国民健康保険条例施行規則附則 令和 4年6月1日 住所 川口市青木2-1-1 電話番号 048-259-7670 世帯主氏名 国保 太郎 (あて先)川口市長													

振込先名義が「世帯主以外」の場合
こちらをご記入ください

振込先口座の名義が世帯主である場合は、
下の【受取代理人の欄】の記入はなりません。
(この記入例は、世帯主以外の名義に振り込む場合のものです。)

【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。 令和 4年 5月 25日											
	氏名	国保 太郎			住所	同上						
代理人 (口座名義人)	〒	332-8601			振込先口座の名義人氏名を ご記入ください							世帯主との関係
	フリガナ	コクホ ハナコ										妻
	氏名	国保 花子										

保険者 記入欄	支給決定額										
	円										

被保険者氏名	国保 花子
--------	--------------

症状が出た日	令和 4 年 5 月 1 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日	令和 年 月 日 (時頃)					
①医療機関の受診状況		<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない						
(①で「受診した」と回答した場合に記入) ②医療機関の受診日		令和 4 年 5 月 2 日						
		令和 年 月 日						
		令和 年 月 日						
(①で「受診していない」と回答した場合に記入) ③症状								
④療養のために休んだ期間	令和 4 年 5 月 2 日から 令和 4 年 5 月 1 日まで	⑤④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。〕	5 日					
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。または、今後受けられますか。	<input checked="" type="radio"/> 1. はい <input type="radio"/> 2. いいえ							
給与の他、労災による休業補償を受ける場合も「1. はい」としてご記入ください。何も支払われるものがない場合にのみ、「2. いいえ」となります。		令和 4 年 5 月 2 日から	(給与等の額:円)					
		令和 4 年 5 月 6 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>2</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>			2	5	0
		2	5	0	0	0		

事業主記入欄	令和 年 月 日
	③から⑦までの内容については、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
こちらの欄に事業主の証明をいただくことで、医療機関記入用の提出が不要になります。	
担当者氏名	電話番号