

世帯主が国保でない場合も、
国保被保険者の保険証をご覧
の上、記入してください。

(第1面)

支給申請書 (世帯主記入用)

記入例

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	38・ 1234567	世帯主氏名	蓮田 太郎														
	(フリガナ)	ハスタ タロウ		生年月日	昭和	47年10月 1日			平成									
	氏名	蓮田 太郎																
	住所	蓮田市大字黒浜2799番地1																
振 込 先	ゆうちょ銀行 を除く 金融機関	銀行 金庫・信組 はすだ 農協・漁協 その他 ()	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 本所・支所 出張所・その他 ()	くろはま														
	預金別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・当座 その他 ()	口座番号	1	2	3	4	5	6	7								
	ゆうちょ銀行	通帳 記号	1					0	の	通帳 番号								
	口座名義 (カタカナで記入)	ハスタ タロウ																
※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。 令和 4 年 7 月 1 日 (宛先) 蓮田市長 住所 蓮田市大字黒浜2799番地1 世帯主 氏名 蓮田 太郎 電話番号 048-768-3111																		

【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	上記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)	〒 - - 電話番号 - -													
	(フリガナ)												世帯主との関係	
	氏名													

保険者 記入欄	支給決定額													
	円													

記入例

傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名	蓮田 太郎
--------	--------------

症状が出た日	令和 4 年 6 月 1 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	令和 年 月 日 (午前・午後 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		
② 医療機関の受診日	(①で「受診した」と回答した場合)	令和 4 年 6 月 1 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
③ 症状 (期間などを具体的に) (「受診した」と回答した場合も記入してください。)	(①で「受診していない」と回答した場合) 6/1 発熱、病院受診、PCR検査 6/2 PCR検査陽性 6/12 症状改善		
④ 療養のために休んだ期間	令和 4 年 6 月 1 日から ----- 令和 4 年 6 月 15 日まで	⑤ 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。)	8 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、今後受けられますか。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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った(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)	
	令和 年 月 日まで	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(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	令和 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

医療機関を受診した場合も、必ず証明をもらってください。

記入例

誓約書兼同意書

令和 4年 7月 1日

蓮田市長 宛て

私（被保険者）蓮田 太郎 と、世帯主 蓮田 太郎 は、蓮田市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）の記載内容が事実であることを誓約します。

蓮田市の職員が、申請書類等に記載されている事実（診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等）を確認するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、主治医、事業所等に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住所 蓮田市大字黒浜2799番地1

氏名 蓮田 太郎

*傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入してください。