様式第33号の２(第46条の２関係)

|  |
| --- |
| 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用） |
| 傷病手当支給に係る被保険者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 　 |
| 上記の被保険者証記号番号 | 記号 | 鉾田 | 番号 |  |

傷病手当金の支給に係る被保険者に係る状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状が出た日 | 年　　月　　日 | 帰国者・接触者相談センターへ相談した日※相談した場合に記入 | 年　　月　　日 |
| 1.医療機関の受診 | 　ア．受診した　　　　イ．受診していない |
| 2.医療機関の受診日（1で「ア.受診した」と回答した場合） | 年　　月　　日 |
| 3.具体的な症状（1で「イ.受診していない」と回答した場合） |  |
| 4.療養のために休んだ期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 5.上記4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った日を除く。 | 日 |
| 6.上記4の療養のため休んだ期間に給与等の支払いはありましたか。または今後受けられますか | ア．はい　　　　　　イ．いいえ |
| 7.上記6で「ア.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期間（見込みを含む。） | （期間）　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（金額）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |

 |
| ※上記の1において「イ．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証明が必要です。 |
| 事業主記入欄 | 上記の1～7の内容は，当事業所でおいて把握している内容と相違ないことを証明します。　年　　月　　日（事業所所在地）（事業所名称）（事業主氏名等）　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者等）　　　　　　　　（電話番号） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給方法 | 口座記入欄 |  | 銀行信金信組農協 | 金融機関コード | 預金種目 | 口座番号 |
| 口座振込窓口払い |  |  |  |  | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 本店支店支所出張所 | 店舗コード | フリガナ |  |
|  |  |  | 口座名義人 |  |
| 　上記のとおり申請します。 |
| 　　　　　　　　　年　　月　　日　　鉾田市長　様 | 世帯主　住所　　　　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　　　　　（世帯主）　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理人住所 |  | 世帯主との関係 |
| 代理人氏名 | （振込口座の名義人） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険者処理欄 | 支給決定額 | 円 |