

記入例

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	24 - 〇〇 - □□□□		世帯主氏名	国保 一郎							
	(フリガナ) 氏 名	コクホ ジロウ 国保 二郎			生年月日	昭和 平成 〇 年 1 月 1 日						
	住 所	東京都八王子市□□町1丁目2番3号			ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字の 支店名を記入してください。							
振 込 先	金融機関 名称	国保 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			本店 〇支店 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							
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ		シ		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。 令和〇年 8 月 9 日 住 所 東京都八王子市□□町1丁目2番3号 電 話 番 号 042 - 612 - 3456 世帯主氏名 国保 一郎 八 王 子 市 長 殿												

【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 〇 年 8 月 9 日	
	氏名 国保 一郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒123 - 4567 東京都八王子市□□町1丁目2番3号	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏 名 国保 二郎	子
保険者 記入欄	世帯主の方以外の名義の口座へ振り込みを希望する場合には記入が必要です。	
	円	

第1号様式の2(第3条関係)

記入例

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		国保 二郎	
--------	--	-------	--

症状が出た日	令和〇年3月10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 (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									
②医療機関の受診日 ※①で「受診していない」と回答した場合、記載不要		令和 〇 年 3 月 10 日									
		令和 年 月 日									
③症状(具体的に)		具体的な経過・症状、検査日、検査結果を記入してください。 例：3月10日に38.2℃の熱と咳があった。 医療機関を受診し、抗体検査の結果陽性だった。 3月15日になっても熱が下がらず、強いだるさあった、等									
④療養のために 休んだ期間	令和〇年3月10日から 令和〇年3月26日まで	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。)	10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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
休業手当等の支給を受けた場合はその期間と額を記入してください。											

※下記の事業主記載欄について、必ず事業主の証明を受けてください。

事業主記入欄	必ず事業主から証明を受けてください。		令和〇年△月9日
	上記③～⑥の内容については、当事業所においている内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地 東京都八王子市□□町4丁目5番6号		
	事業所名称 ○○株式会社		
事業主氏名		代表取締役 保健 太郎	
担当者氏名	保健 花子	電話番号	042-123-4567

事業主が証明するところ

記入例

誓約書兼同意書

令和 ○ 年 8 月 9 日

八王子市長 殿

世帯主と対象の被保険者が同じ方の場合も、被保険者と世帯主の両方に氏名を記入してください。

私(被保険者) 国保 二郎 と、世帯主 国保 一郎 は、
八王子市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、国民健康保険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。

八王子市の職員及び八王子市が委託した事業者が、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、事業主に照会を行い、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 東京都八王子市□□町 1 丁目 2 番 3 号

氏名 国保 二郎

対象の被保険者の方の住所・氏名を記入してください。

※国民健康保険傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をして下さい。