

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

（あて先）鹿角市長 様

申請者 （世帯主）	世帯主氏名	国保記号番号					
対象者 及び 症状等	住所	鹿角市		電話番号			
	対象者氏名			生年月日	年	月	日
	症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日				
	医療機関への 受診状況	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない	医療機関の 受診日	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日			
	症状 （具体的に）						
	療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで					
	療養のために休んだ期間のうち、勤務予定であった日数 （新型コロナウイルス感染症（疑い含む）によらない休暇や 勤務予定でなかった日を除いた日数）						日間
	療養のために休んだ期間の 給与の受け取りの有無等	<input type="checkbox"/> 給与が支給された（支払期間と額を記入してください） ・支払い期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 ・給与の額 <input type="checkbox"/> 給与が支給されなかった					
振込先	金融機関名	銀行・信組・農協		支店名			
	口座の種類	普通 当座		口座番号			
	（フリガナ）						
	口座名義						
鹿角市国民健康保険条例附則第3項から第5項までの規定により、上記により別紙の関係書類（就労証明書等）を添えて申請します。なお、鹿角市が必要と認める場合には、関係書類等を発行した事業主及び医療機関又は帰国者・接触者相談センター等の関係機関に対して照会を行うことに同意します。 令和 年 月 日 世帯主氏名							

↓世帯主以外の口座に振り込むときは記入してください

※受理代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	
	世帯主氏名	Ⓜ
	代理人の氏名	（フリガナ） Ⓜ
代理人の住所	〒 ー	

保険者 記入欄	支給決定額
	円