様式第１号

遠賀町国民健康保険傷病手当金支給申請書

遠賀町長　様

以下のとおり申請します。

令和　年　月　日　　住　　所　遠賀町＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（フリガナ） 被保険者氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日	記号番号	－
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 ※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 →⑦に事業主の証明		
（①で「受診した」と回答した場合） ②医療機関の受診日		令和　年　月　日 令和　年　月　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） ③症状（期間などを具体的に）					
③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	④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。）	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）		
⑦事業主記入欄 ＊①で「受診していない」と回答した場合	令和　年　月　日 上記③～⑥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			

支払方法	どちらかを○で囲んでください	口座払　・　窓口払	
振込先（世帯主）	金融機関名称	銀行　・信用金庫 農協　・　漁協	本店　・　支店 出張所　・　本店 ※ゆうちょ銀行の場合は、３桁の店番を
	預金別	普通　・　当座	口座番号
	口座名義（カタカナ）	※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。	

保険者記入欄	支給決定額
	円