

寒川町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			世帯主氏名																		
	(フリガナ) 氏名			生年月日	昭和 平成	年	月 日															
	住所																					
振 込 先	金融機関 名称	銀行・農協 信用金庫 労働金庫			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所																	
	預金別	普通・当座	口座番号	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入																		
	口座名義(カタカナ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
<p>※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。</p>																						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>□ 同上</p> <p>電話番号 (日中に連絡の 取れる番号)</p> <p>世帯主氏名</p> <p>寒川町長</p> <p>※国民健康保険に関するご連絡に使用します</p>																						

【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
	氏名	住所	□ 同上
代理人 (口座名義人)	〒	世帯主との関係	
	氏名		

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

②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)により、勤務ができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月に支払った賃金の支給状況(当該月に支払日があるものは含めず)。
 例:4日目が3月31日ならば12~2月に支払日がある分、4月2日ならば1月~3月に支払日がある分)

②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月 2. 翌月
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			

②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く)。

区分	期間	単価(円)	支払日	月	日	支払日	月	日	支払日	月	日
			月	日	月	日	月	日	月	日	月
			月 日勤務分			月 日勤務分			月 日勤務分		
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)		
基本給 (月・日・時給)											
手当											
手当											
手当											
手当											
現物給与											
計			(A)			(B)			(C)		
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)											円

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

②の期間の勤務状況
 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、
 【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。

賃金が生じた日数の計
 (○と△と＝の計)

年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	

年 月 日

上記のとおり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

印

事業所
担当者氏名

事業所担当者
電話番号

()

事業主が証明するところ

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ ろ	患者氏名																														
	傷病名		初診日		年 月 日																										
	発病年月日		年 月 日		発病の原因																										
	労務不能と認められた期間		年 月 日から																												
			年 月 日まで																												
	うち、入院期間		年 月 日から		療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費 (感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																									
			年 月 日まで		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																									
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日										
			年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日										
			年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日										
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																															
																						手術年月日		年 月 日							
																						退院年月日		年 月 日							
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																															
																										年 月 日					
上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 Ⓜ 電話番号																															