

記入例

附則様式（附則第3項関係）

（1面）

町田市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 記号番号	※職員記入欄 32-	世帯主氏名	国保 一郎								
	(フリガナ)	コクホ ジロウ		生年月日	昭和 平成	元	年	1	月	1	日	
	氏名	国保 二郎										
住所	東京都町田市□□町1丁目2番3号											
振込先	金融機関 名称	国保			町田							
	預金別	普通 (当座)		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1字空け

上記のとおり申請します。
2020年 5 月 8 日

住所 東京都町田市□□町1丁目2番3号
電話番号 012-3456-7890

世帯主氏名 国保 一郎

町 田 市 長 様

**世帯主の口座をご記入ください。
世帯主以外の口座に振り込む場合には、【受取代理人の欄】に記入押印してください。**

【受取代理人の欄】（世帯主名義以外の口座に振り込む場合は必ず記入してください。）

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。 2020年 5 月 8 日	
氏名	国保 一郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 123-4567 東京都町田市□□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

必ず世帯主の押印が必要です。

保険者 記入欄	支給決定額
	円

本申請書に記入した事項に関しては、町田市のOA機器に登録することを承諾します。

問合せ先
町田市役所いきいき生活部
保険年金課保険給付係
TEL: 042-724-2130

記入例

(2面)

(被保険者記入用)

被保険者氏名	国保 二郎		
症状が出た日	2020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	2020年3月13日 (午前11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		
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	2020年 3 月 13 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
③症状 (具体的に)	発熱 (38℃以上) があり、咳が止まらない。		
④療養のために休んだ期間	2020年3月10日から 2020年3月27日まで	⑤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
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ		
⑦ ⑥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。	年 月 日から	(給与等の額: 円)	

療養期間(新型コロナウイルス感染症による休暇)に対して、給与などが支払われた場合にのみご記入ください。

(下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	2020年 4 月 30 日		
	上記③～⑦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	東京都町田市■■町1丁目2番3号	
	事業所名称	(株) 国保サービス	
事業主氏名	国保 花子	印	
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890

事業主のご担当者様に連絡させていただく場合がございます。必ずご記入ください。

