

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書

熊本市長

熊本市国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、熊本市国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が熊本市国民健康保険に回答することに同意します。

また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

年 月 日

被保険者氏名

印

電話

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
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		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(具体的に)			
④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	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。〕	日
⑥	上記の療養のために休んだ期間に給与等の補償のための給付を受けましたか。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、その制度名と金額をご記入ください。	制度名: 受給(予定)金額	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、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	令和 年 月 日
	上記④、⑤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

印