

# 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。

令和4年 8月 10日

被保険者氏名 国保 二郎

電話 080-8765-4321

発症日	令和4年 7月 1日	療養終了日	令和4年 7月10日	療養期間 ※発症日を1日目とする。	10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医療機関の受診日と医療機関名称		令和 4年 7月 1日 名称:○△病院			
		令和 年 月 日 名称:			
		令和 年 月 日 名称:			
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 4年 7月 1日から 令和 4年 7月 10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。			5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		
					円

事業主記入欄	令和 4年 8月 1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	▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所名称	(株)事業所サービス		
事業主氏名	事業所 花子	(株)事業所 サービス之印		
担当者氏名	事業所 三郎	電話番号	123-456-7890	