

萩市傷病手当拡充給付金支給申請書 (世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証記号 番号		保険者 機関名																				
	(フリガナ) 療養者氏名 生年月日	年 月 日	(フリガナ) 世帯主氏名 生年月日	年 月 日																			
	住 所	〒																					
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・組合 農協・漁協 その他()		支店・支所・本所 その他() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>																			
	預金別	普通・当座 そ の 他 ()	口座番号																				
	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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <small>※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字空けてください。</small>																					
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 (世帯主) 住 所 氏 名 電話番号</p> <p>(申請先) 萩市長 あて (日中の連絡先)</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。 令和 年 月 日		
	氏名	住 所	同上
代理人 (口座名義人)	〒		世帯主との関係
	(フリガナ)		配偶者・子・父母
	氏 名		その他()

本人確認 免許証・カード その他

第1号2(第4条関係)様式

被保険者氏名	
--------	--

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		
(①で「受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日		
② 医療機関の受診日	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)			
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	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を除く。	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. 支払いを受けた又は受ける予定 2. 支払いを受けていない、今後も受けない		
⑥ ⑤で「1.支払いを受けた又は受ける予定」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 傷病手当金を受けた、または受ける予定がある場合、その金額をお知らせください。 【給付証明添付のこと】	保険者名【 傷病手当算定における 給与日額 _____ 円 傷病手当支給日数 _____ 日 傷病手当の受給額 _____ 円 給与補填額等 _____ 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	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		
	事業主名	⑥	
担当者氏名		電話番号	