

# 新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

(あて先) 京都市長

申請者 (世帯主)	世帯主氏名	国保記号番号		京	-	
	住所			電話番号		
対象者 及び 症状等	対象者氏名	生年月日		昭和 平成	年 月 日	
	症状が出た日	令和 年 月 日	かかりつけ医等への 相談日	令和 年 月 日	(時頃)	
	医療機関への 受診状況	<input type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない		医療機関の 受診日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
	症状 (具体的に)					
	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				
	療養のために休んだ期間のうち、勤務予定であった日数 (新型コロナウイルス感染症(疑い含む)によらない休暇や 勤務予定でなかった日を除いた日数)				日間	
	療養のために休んだ期間の 給与の受け取りの有無等	<input type="checkbox"/> 給与が支給された(支払期間と額を記入してください。) 支払期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 給与の額: 円 <input type="checkbox"/> 給与が支給されなかった				
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組合	支店名 (支店コード)	( )		
	口座の種類 ※該当に○印	1 普通(総合) 2 貯蓄 3 当座	口座番号 ※右詰め			
	(フリガナ)	( )				
	口座名義					
京都市国民健康保険条例第9条、第9条の2及び第9条の3の規定により、上記により別紙の関係書類を添えて申請します。 なお、京都市が必要と認める場合は、関係書類等を発行した事業主及び医療機関等の関係機関に対して照会を行うことに同意します。						
令和 年 月 日						
世帯主氏名						

保険者 記入欄	支給決定額
	円