

# 新型コロナ 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

いなべ市長 宛

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号			世帯主氏名		
	(フリガナ) 氏 名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住 所	いなべ市 北勢町・員弁町・大安町・藤原町 番地				
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	預金別	普通・当座 その他( )	口座番号			
	口座名義(カタカナ)					
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。						
上記のとおり申請します。 <b>※通帳等振込先のわかるものもコピーを添付してください。</b>						
令和 年 月 日						
住 所 いなべ市 北勢町・員弁町・大安町・藤原町 番地						
TEL ( ) -						
世 帯 主						

【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) 氏 名	

保 険 者 記 入 欄	支 給 決 定 額	円
----------------------------	-----------------------	---

【ア】直近3か月の給与収入	賃金及びの勤務状況 (D)賃金支給総額		円
【イ】直近3月の賃金発生日数	賃金及びの勤務状況 (F)賃金発生日数		日
【ウ】一日当たりの収入	【ア】÷【イ】 (5円未満切捨て 5円以上10円未満切り上げ)	0	円
【エ】一日当たりの収入の2/3	【ウ】×2/3 ※上限30,888円 (50銭未満切捨て 50銭以上1円未満切り上げ)	0	円
標準報酬 月額等級の最高標準報酬 月額等級の最高月額の 1/30 に相当する金額の 2/3 に相当する金額(令和3年3月現在、月額30,888円)			
【オ】傷病のために休んだ日数	受診及び休業の状況 ④の日数	日 - 3日 =	0
【カ】傷病手当金支給対象額	【エ】×【オ】	0	円
【キ】療養中に支給された給与等	受診及び休業の状況 ⑥の額		円
【ク】傷病手当金支給額	【カ】-【キ】	0	円