

新型コロナウイルス感染症に係る国民健康保険傷病手当金支給申請書

年 月 日

江 東 区 長 殿

申請者(世帯主) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号		世帯主氏名	
	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
	感染等の状況	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染した <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者とされた <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況を記入)		
	症状が出た日又は濃厚接触者とされた日	年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日	年 月 日 (時頃)
	所管保健所名		受診した医療機関名	病院・医院 (年 月 日初診)
	休養を指示された期間	年 月 日から 年 月 日まで	勤務ができなかった期間及び日数	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
上記のうち給与が支給されなかった日数		日間		
振 込 先	金融機関 名 称	銀行・信用金庫 信用組合		本店・支店・出張所 (支店番号)
	預金別	普通・当座	口座番号	
	口座名義 (カタカナ)	フリガナ		
氏 名				