

様式第1号（第4条関係）

上板町個人事業主等に対する新型コロナウイルス感染症傷病見舞金申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号			世帯主氏名	
	氏 名			生年月日	年 月 日
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 その他（ ）		本店・支店 出張所 その他（ ）	
	種類	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人				

上板町長 殿

上記のとおり申請します。

なお、審査等により傷病手当金が過払いとなった場合は、返還することに同意します。

年 月 日

住 所

事業主氏名

電話番号

【受取代理人の欄】（事業主以外の方が受給する場合は、記入が必要です）

事業主	本申請に基づく給付金の受領に関する一切の権限を代理人に委任します。	
	氏名	印
代理人 (口座名義人)	住所	事業主との関係
	氏名	

以下、上板町処理欄

<添付書類確認欄>

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 検査を受けた日において、国民健康保険又は後期高齢者医療保険の被保険者 | <input type="checkbox"/> 個人事業主であることがわかる書類（確定申告書の控え等） |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料に滞納がない | <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染したことにより、療養が必要であったことを確認できる医療機関診断書 |
| <input type="checkbox"/> 他の傷病手当金の支給対象でない | <input type="checkbox"/> 通帳の写し（上板町に登録のある場合は省略可） |