

国民健康保険傷病手当金支給申請書①(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者 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														
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)														
		※左詰めでご記入してください。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。													
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電 話 番 号</p> <p>世帯主氏名</p> <p style="text-align: right;">(申請先) 新座市長</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) 氏名 ㊟											

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
	円											



国民健康保険傷病手当金支給申請書③（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等を御記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

① 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。以下同じ。）を理由として、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況  
上記の理由による無給休暇…× 有給休暇（賃金が生じる休暇）…○ 職場の定休日…△ を記入してください。

令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	上記の理由による 無給休暇の日数
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

② 新型コロナウイルス感染症等を理由として、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の賃金支払状況及び勤務状況  
※ 労務に服することができなかった期間（①で記載した期間）の属する月は含みません。  
例）①で7月の状況を記入→②には4、5、6月の勤務状況を記入

賃金支払状況	1. 支払った	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	2. 支払っていない		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月 2. 翌月
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			

②の期間の課税対象となる賃金支給状況（期末勤勉手当（賞与）を除く。）及び勤務状況を記入してください。

期間	基本給（円）	時給（期間の合計）（円）	その他（円）	合計（円）	左の期間のうち、賃金が生じた日数の合計※
月 日 ~ 月 日 分					日
月 日 ~ 月 日 分					日
月 日 ~ 月 日 分					日
賃金支給総額及び合計日数					日

※ 出勤した日及び有給休暇等の賃金が発生する休暇の合計

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ㊟

担当者氏名 電話番号

国民健康保険傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																
	傷病名											初診日	令和 年 月 日																				
	発病年月日	令和 年 月 日										発病の原因																					
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																															
		令和 年 月 日まで																															
	うち、入院期間	令和 年 月 日から										療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																				
		令和 年 月 日まで										転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																				
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31													
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																
												手術年月日	令和 年 月 日																				
											退院年月日	令和 年 月 日																					
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
令和 年 月 日																																	
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名											①	電話番号																					