

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	123-456		世帯主氏名	国保 一郎							
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 平成	元年 1 月 1 日					
	氏名	国保 二郎										
	住所	埼玉県新座市□□1丁目2番3号										
振込先	金融機関 名称	国保			銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他() 中央 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	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	シ	ウ						
		※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。		公金受取口座の利用を御希望の方は、申請書の余白に「公金受取口座希望」と記入してください。 この場合、振込先の記入は不要です。										
令和4年4月15日												
住所 埼玉県新座市□□1丁目2番3号		電話番号 012-3456-7890										
世帯主氏名 国保 一郎		(申請先) 新座市長										

【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4年4月15日	
	氏名 国保 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 埼玉県新座市□□1丁目2番3号	
	(フリガナ) コクホ ジロウ	世帯主との関係
	氏名 国保 二郎	子

保険者 記入欄	支給決定額
	40,002円

国民健康保険傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和4年3月10日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	令和4年3月10日 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 4 年 3 月 10 日		
	<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> ※ 無症状の濃厚接触者には支給できません。 </div>		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)			
③療養のために休んだ期間	令和4年3月10日から 令和4年3月27日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (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)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	7日
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)	
	令和 年 月 日まで	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称	<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> ※ 傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)の提出がない場合は事業主記入欄に事業主の証明が必要です。 </div>	
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。

被保険者氏名		国保 二郎									
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 4年 3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
	×	12	×	△	×	×	△	18	×	20	
	△	22	×	△	25	△	×	28	29	30	31
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	7 日
	11	※ はじめから出勤予定がなかった日には×をつけないでください。公休日（職場の定休日）には△をつけてください。									
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
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）の属する月を含みません。 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 支払った <input type="radio"/> 2. 支払っていない	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	15 日					
					支払日	1. 当月 5 日 2. 翌月					
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 (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※						
11月16日 ~ 12月15日 分		9 0 0 0 0		9 0 0 0 0	9 日						
12月16日 ~ 1月15日 分		1 0 0 0 0		1 0 0 0 0	10 日						
1月16日 ~ 2月15日 分		9 0 0 0 0		9 0 0 0 0	9 日						
賃金支給総額及び合計日数				2 8 0 0 0 0	28 日						
直近3か月分を記載できない場合は就職日を記入	令和 年 月 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									
※ ②は、①に記入した月を含めない直近3か月の勤務状況を記入してください。例の場合は、3月が労務に服することができなかった期間となるため、12月、1月、2月の勤務状況が必要となります。 また、転職や掛け持ちなど、直近3か月間において複数の事業所に勤務していた場合には、各事業主において申請書を作成する必要があります。 直近3か月以内に就職したため3か月分の記載ができない場合は就職日を記入してください。											
事業所所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号 事業所名称 (株)国保サービス 事業主氏名 国保 花子 担当者氏名 国保 二郎											
				電話番号	1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 0						

事業主が証明するところ



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	国保 二郎				
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患(肺炎)	初診日	令和 4 年 3 月 10 日		
	発病年月日	令和 4 年 3 月 10 日		発病の原因 不詳		
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 3 月 10 日から				
		令和 4 年 3 月 31 日まで				
	うち、入院期間	令和 4 年 3 月 10 日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		
		令和 4 年 3 月 31 日まで	転帰	<input checked="" 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 4 年 3 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (11) 12 13 14 15 → 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 (31)			診療実日数 22 日
		令和 年 月	※ 後遺症により勤務できない期間は労務不能と認められた期間に含むことができません。			診療実日数 31 日
		令和 年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			診療実日数 日
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)						
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31に実施した検査において陰性となったため退院。		手術年月日	令和 年 月 日			
		退院年月日	令和 4 年 3 月 31 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						
肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院が必要であったため、入院期間は労務不能と判断した。						
令和 4 年 4 月 10 日						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関の所在地	△△県◇◇市××町1丁目2番3号					
医療機関の名称	国保総合病院					
医師の氏名	国保 四郎		電話番号	345-678-9012		

※ 令和4年8月9日以降に申請するものについては、当面の間、臨時的な取扱いとして、この様式の提出は不要としています。その場合、傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)の事業主記入欄に、事業主からの証明が必要です。