

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

記入例

被 保 険 者 情 報	被保険者 番号	1234567	世帯主氏名	宝塚 太郎							
	(フリガナ)	タカラヅカ ハナコ		生年月日	S45 年 4 月 1 日						
	氏名	宝塚 花子									
	住所	〒 665 - 8665 宝塚市東洋町1番1号									
振 込 先	金融 機関	宝塚	銀行 信用金庫 農協	支店	中央 出張所						
	預金種別	普通	当座・その他()	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (カタカナ)	タ	カ	ラ	ヅ	カ	タ	ロ	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。

宝塚市長宛

上記のとおり申請します。

令和 4 年 9 月 11 日

住所 宝塚市東洋町1番1号

連絡先 012-3456-7890

世帯主氏名 宝塚 太郎

【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										
代理人 (口座名義人)	住所	〒 -									
	(フリガナ)								世帯主との 関係		
	氏名										

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者及び事業主記入用）

記入例

被保険者氏名	宝塚 花子								
症状が出た日	令和 4 年 8 月 8 日	帰国者・接触者相談センター相談日 (相談した場合に記入)	令和 年 月 日 (時頃)						
① 医療機関の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 受診した <input type="checkbox"/> 受診していない								
②	(①で「受診した」と回答した場合)	令和 4 年 8 月 8 日							
	医療機関の受診日	令和 年 月 日							
		令和 年 月 日							
	(①で「受診していない」と回答した場合)	症状について記載（期間などを具体的に）							
③ 療養のために休んだ期間	令和 4 年 8 月 8 日から 令和 4 年 8 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。〕	8 日						
⑤ ③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="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ								
⑥	(⑤で「はい」と回答した場合)								
	給与等の支払期間及び給与等の額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						


(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 4 年 9 月 10 日												
	上記②～⑥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 ▲▲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 一郎	⑧ <table border="1"><tr><td>ビ</td><td>国</td><td>株</td></tr><tr><td>ス</td><td>保</td><td>式</td></tr><tr><td>サ</td><td>会</td><td>社</td></tr><tr><td>!</td><td></td><td></td></tr></table>	ビ	国	株	ス	保	式	サ	会	社	!		
ビ	国	株											
ス	保	式											
サ	会	社											
!													
担当者氏名	国保 二郎	電話番号	123-456-7890										

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

記入例

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ご記入ください。

被保険者氏名		宝塚 花子																															
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）により、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 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。														左記の事由による 無給休暇の日数																			
令和 4 年 8 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	8 日	
	○	○	○				○	△		×			×		×		×				×			×									
令和 年 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		
②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）により、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か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。														賃金が生じた日数 （○、△、＝の計）																			
令和 4 年 5 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	14 日	
			○			○	○	○	○	○						○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○
令和 4 年 6 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	18 日	
	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○			△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
令和 4 年 7 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	17 日	
	○	○			○	○	○	△			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
令和 年 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		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		<input checked="" type="checkbox"/> はい	給与等の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input checked="" type="checkbox"/> 時間給	賃金計算		締日	毎月末		日																					
		<input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給			支払日	<input type="checkbox"/> 当月	25		日																				
					<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			<input checked="" type="checkbox"/> 翌月																								
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。																																	
事業主が証明するところ	期間 区分	単価（円）	5 月 1 日 ~ 5 月 31 日 分				6 月 1 日 ~ 6 月 30 日 分				7 月 1 日 ~ 7 月 31 日 分																						
			(A) 支給額（円）				(B) 支給額（円）				(C) 支給額（円）																						
	基本給	□□□□□□□□				□□□□□□□□				□□□□□□□□																							
	時給	□□□□1000				□□□□6000				□□□□7000																							
	手当	□□□□□□□□				□□□□□□□□				□□□□□□□□																							
	手当	□□□□□□□□				□□□□□□□□				□□□□□□□□																							
	計	□□□□□□□□				□□□□6000				□□□□7000																							
				賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）								□□□□197000 円																					
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。																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 9 月 10 日																																	
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 一郎 																															
担当者氏名		国保 二郎				電話番号				123-456-7890																							

※ 令和4年9月以降に申請される場合は、臨時的な取扱として医療機関記入用の申請書は必要ありません。

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

記入例

医療機関 担当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	患者氏名	宝塚 花子					
	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 8 月 8 日		
	発病年月日	令和 4 年 8 月 8 日		発病の原因	不詳		
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 8 月 8 日から		左記のうち入院期間	令和 4 年 8 月 8 日から		
		令和 4 年 8 月 27 日まで			令和 4 年 8 月 27 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	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			
	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 8 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	診療日数	20 日	
		令和 年 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	診療日数	日	
		令和 年 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)						
入 す る と こ ろ	新型コロナ感染症の感染の疑いのため、8/8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、8/27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 8 月 27 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。							
上記のとおり相違ありません。 令和 4 年 8 月 28 日							
医療機関所在地 兵庫県◇◇市××町1丁目2番3号							
医療機関名称 兵庫総合病院							
医師氏名 兵庫 三郎  連絡先 345-678-9012							