

国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者 記号・番号	000000		世帯主氏名	豊橋 太郎										
	(フリガナ)	トヨハシ ハナコ		生年月日	S XX 年 XX 月 XX 日										
	氏名	豊橋 花子													
住所	豊橋市〇〇町〇〇														
振込先	金融機関名	豊橋		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所										
	預金種別	普通・当座		口座番号	0	0	0	0	0	0	0				
	口座名義人 (カタカナ)	ト	ヨ	ハ	シ	ハ	ナ	コ							

※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入

※左詰めで記入してください。濁点及び半濁点は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。

令和 □年 □□月 □□日

住所

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

豊橋市〇〇町〇〇

世帯主氏名 豊橋 太郎

豊橋市長様

【！】振り込み先の口座が世帯主以外の
場合、この欄も記入してください。

【世帯主と口座名義人が異なる場合】（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	本申請に基づく手当金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 X年 XX月 XX日
	氏名 豊橋 太郎	住所 同上
口座名義人 (代理人)	〒 440-8501 豊橋市〇〇町〇	世帯主との関係
	(フリガナ) トヨハシ ハナコ	
	氏名 豊橋 花子	

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 (被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	豊橋 花子
--------	-------

症状が出た日	令和 2年 3月 10日	受診・相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 2年 3月 10日 (午後2時 頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した 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 2年 3月 10日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③症状 (期間などを具体的に)	3月 10日～ 3月 20日	38℃を超える発熱	
	3月 10日～ 3月 31日	頭痛、せき、のどの痛み	
	月 日～ 月 日		
④療養のために 休んだ期間	令和 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 31日まで	⑤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。)	10日
⑥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。	1. はい 2. いしえ		
⑦⑥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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)	

事業主記入欄	令和 2年 4月 10日
	上記③～⑦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	
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)

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。

記入例

被保険者氏名		豊橋 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 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。		左記の事由による 無給休暇の日数			
令和 2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	10 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 (○、△、＝ の計)			
令和 元年 11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	10 日			
令和 元年 12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	9 日			
令和 2年 1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 2年 2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	10 日			
②の期間に対して、賃金を支払い ましたか？	1. はい	給与の 種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算		
	2. いいえ		締日 毎月15 日 支払日 1. 当月 25 日 2. 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 支給した賃金内訳	期間 区分	単価 (円)	11月16日～12月15日 分 (A) 支給額 (円)	12月16日～1月15日 分 (B) 支給額 (円)	1月16日～2月15日 分 (C) 支給額 (円)
	基本給	10000	80000	90000	100000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計		90000	80000	100000
賃金支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計)			270000 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。					
令和 2年 5月 1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 ▲▲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		

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 意見を入 入するこ ろ	患者氏名	豊橋 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 2年 3月 10日
	発病年月日	令和 2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 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 31日まで		
	うち、入院期間	令和 2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 2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 2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	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 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 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)			
新型コロナウイルス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 2年 3月 31日	
症状経過から見て従来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つ たため、入院期間は労務不能と判断した。				
令和 2年 5月 1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		