

国民健康保険傷病手当金支給申請書(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)							生年月日	昭和 平成	年	月	日					
	氏 名																
	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。 年 月 日 (あて先)幸手市長 世帯主 住所 氏名 電話番号																	

【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。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														

記入例

附則様式第1号(附則第3項関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者 記号番号	幸一012345			世帯主氏名		幸手 太郎						
	(フリガナ)	サツテ ハナコ			生年月日	昭和 平成	2	年	1	月	1	日	
	氏 名	幸手 花子											
	住 所	埼玉県幸手市大字〇〇 ▲▲番地□□											
振 込 先	金融機関 名称	国保					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)	サ	ツ	テ		ハ	ナ	コ					
		※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。 令和〇年 〇〇月 〇〇日 (あて先)幸手市長 世帯主 住所 埼玉県幸手市大字〇〇 ▲▲番地□□ 氏名 幸手 太郎 電話番号 0480-**-****													

【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。 令和〇年 〇〇月 〇〇日											
	氏名 幸手 太郎						住所 同上					
代理人 (口座名義人)	〒 343-**** 埼玉県幸手市大字〇〇 ▲▲番地□□											
	世帯主との関係											
	子											
代理人(フリガナ) サツテ ハナコ												
氏 名 幸手 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)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 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	年 月 日 (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		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)										
③療養のため に 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。)	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。 又は、今後受けられますか。	1. はい 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。	年 月 日から 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>							

(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	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		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	

記入例

附則様式第2号(附則第3項関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	幸手 花子
--------	-------

症状が出た日	令和〇年 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	年 月 日 (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	令和〇年 3月 13日									
	年 月 日									
	年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)										
③療養のために 休んだ期間	令和〇年 3月 10日から 令和〇年 3月 31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。)	10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。 又は、今後受けられますか。	1. はい 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。	年 月 日から (給与等の額:円) 年 月 日まで <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									

(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	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		
	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(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。

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)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																																	
	年 月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																												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	日
	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																																														
	年 月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																												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	
	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)																																	
	年 月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																												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	日
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																																															
年 月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																												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	日	
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																																															
年 月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																												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	日	
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																																															
年 月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																												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	日	
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？		1. はい 2. いいえ		給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他		賃金計算		締 日		日																																																		
										支払日		1. 当月 2. 翌月		日																																																
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。																																																														
支給した賃金内訳	区分	期間	単価(円)	月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分																																																						
				(A) 支給額(円)		(B) 支給額(円)		(C) 支給額(円)																																																						
	基本給																																																													
	時 給																																																													
	手 当																																																													
	手 当																																																													
	手 当																																																													
	手 当																																																													
	現物給与																																																													
	計																																																													
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)																		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。																																																														
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																																															

附則様式第3号(附則第3項関係)

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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		幸手 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○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		
	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△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○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○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		
	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?		1. はい 2. いいえ		給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他		賃金計算		締日 毎月末 日		支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日																							
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。																																				
支給した賃金内訳	期間	単価(円)	12月 1日 ~ 12月 31日 分										1月 1日 ~ 1月 31日 分										2月 1日 ~ 2月 28日 分													
	区分		(A)支給額(円)										(B)支給額(円)										(C)支給額(円)													
	基本給	10000	90000										80000										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○年 4月 5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▲▲番地□□																																				
事業所名称 (株)国保サービス																																				
事業主氏名 事業 主太郎																																				
担当者氏名		事業 主太郎										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)

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	年 月 日																			
	発病年月日	年 月 日										発病の原因																				
	労務不能と 認めた期間	年 月 日から																														
		年 月 日まで																														
	うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	☐ 国保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他																			
		年 月 日まで										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																			
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	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												
		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															
	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	年 月 日																			
退院年月日												年 月 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																																
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																																
電話番号																																

国民健康保険傷病手当金支給申請書(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	幸手 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	令和〇年 3月 13日										
	発病年月日	令和〇年 3月 10日					発病の原因	不詳										
	労務不能と 認めた期間	令和〇年 3月 10日から																
		令和〇年 3月 31日まで																
	うち、入院期間	令和〇年 3月 10日から					療養費用の種別	☐ 国保 ☒ 公費() ☐ 自費 ☐ その他										
		令和〇年 3月 31日まで					転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医										
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	令和〇年 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 ⑪													診療 実日数	22	日
		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
		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	年 月 日											
						退院年月日	令和〇年 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。																		
令和〇年 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 太郎 電話番号 987-654-3210																		