

# 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	被保険者証 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	平成 元 年 1 月 1 日
	氏 名	国保 二郎		
住 所	鹿児島県鹿児島市〇〇1丁目2番3号			

上記のとおり申請します。

令和 3年 〇月 〇日

住 所 鹿児島県鹿児島市〇〇1丁目2番3号 電 話 番 号 012-3456-7890  
 世 帯 主 氏 名 国保 一郎  
 個 人 番 号 111111111111 鹿児島市長 殿

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。													
	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	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。

**【受取代理人の欄】**

※世帯主以外の方が受領する場合(代理人の公金受取口座又は世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合は、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 3年 〇月 〇日											
	氏名 国保 一郎					住所 同上						
代 理 人 (口 座 名 義 人)	(フリガナ)	コクホ ジロウ					生年月日	平成 元 年 1 月 1 日				
	氏 名	国保 二郎										
	住 所	〒123-4567 鹿児島県鹿児島市〇〇1丁目2番3号										世帯主との関係
個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	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	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和3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3年3月13日 (午前11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 3 年 3 月 13 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) ③症状(具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	令和3年3月10日から  令和3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。	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。	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><td> </td></tr></table>								

(医療機関または公的機関から発行された療養期間のわかる証明書等を添付しない場合は、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 3 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    ▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所名称    (株)鹿児島○○○  事業主氏名    鹿児島 花子    (署名又は記名押印)		
担当者氏名	鹿児島 桜	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。

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)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3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	療養期間中に有給休暇がある場合は△で表示してください。			
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2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3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3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			
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	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	締日 毎月末 日		
	2. いいえ		賃金計算 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 (A)支給額(円)	1月1日 ~ 1月31日 分 (B)支給額(円)	2月1日 ~ 2月29日 分 (C)支給額(円)
	基本給	100000	900000	800000	1000000
	時給				
	手当				
	通勤手当		5000	5000	5000
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		95000	85000	105000	
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		285000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 3 年 月 日	
事業所所在地		▲▲県●●市■町1丁目2番3号			
事業所名称		(株)鹿児島○○○			
事業主氏名		鹿児島 花子 (署名又は記名押印)			
担当者氏名	鹿児島 桜	電話番号	123-456-7890		

事業主が証明するところ

通勤手当等、療養期間中も支給されている賃金があれば、下の「賃金計算方法について」の欄に内容と金額を記載してください。

# 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 3 年 3 月 13 日	
	発病年月日	令和 3 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 3 年 3 月 10 日から 令和 3 年 3 月 31 日まで			
	うち、入院期間	令和 3 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 3 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 3 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 3 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ったため、入院期間は労務不能と判断した。					
令和 3 年 月 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 (署名又は記名押印)		国保 四郎	電話番号	345-678-9012	