

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	被保険者証 記号番号	11111111			世帯主氏名	男鹿 花子						
	(フリガナ) 氏名	男鹿 太郎			生年月日	昭和 平成	1	年	1	月	1	日
	住所	男鹿市〇〇〇字〇〇〇番地										
振 込 先	金融機関 名称	男鹿				銀行・金庫・信組 農協・漁協 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	1	1	1	1	1	1
	口座名義(カタカナ)	オ	カ	キ	ク	ケ	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 4年 4月 15日 住 所 男鹿市〇〇〇字〇〇〇番地 電 話 番 号 1111-11-1111 世帯主氏名 男鹿 花子 男鹿市長 様												

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

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	男鹿 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 4年 4月 1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 4月 1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 4年 4月 1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(期間などを具体的に)											
④療養のために 休んだ期間	令和 4年 4月 1日から 令和 4年 4月 10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. いいえ										
⑦ 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	<table border="1"> <tr> <td></td><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	令和 年 月 日		
	上記④～⑦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	医療機関を受診していない場合は、 事業主記載欄に記入と押印をお願いします。	
	事業所名称		
	事業主氏名	印	
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

【記入例】

被保険者氏名		男鹿 太郎			
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 年 月	× × 3 4 × × × 8 × 9 10 × 11 12 13 14 15	7 日			
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	7 日			
	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 4年 1月	1 2 ○ 3 ○ 4 △ 5 6 7 8 ○ 9 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 14 15	7 日			
令和 4年 2月	1 2 ○ 3 ○ 4 △ 5 6 7 8 ○ 9 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 14 15	7 日			
令和 4年 3月	1 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 6 7 8 ○ 9 10 ○ 11 ○ 12 ○ 13 14 15	6 日			
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日			
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		
			<input 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 日 支払日 1. 当月 日 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。					
事業主が証明するところ	期間	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分
	区分		(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。					
令和 年 月 日					
上記のとおり相違ないことを					
事業所所在地		事業所名、事業主名等を記入し、押印してください。			
事業所名称					
事業主氏名					
担当者氏名		電話番号			

支給した賃金、手当等を記入してください。

印

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・医師が記入する用紙です。

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	男鹿 太郎																					
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患					初診日																
	発病年月日	令和	4年	4月	1日	発病の原因		不詳															
	労務不能と認められた期間	令和	4年	4月	1日から																		
		令和	4年	4月	10日まで																		
	うち、入院期間	令和	4年	4月	1日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																
		令和	4年	4月	10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	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	10	日	
					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
		令和	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					
	令和	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	令和 年 月 日									
													退院年月日	令和 4年 4月 10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																							
令和 4年 4月 15日																							
上記のとおり相違ありません。																							
医療機関の所在地 男鹿市〇〇〇																							
医療機関の名称 〇〇病院																							
医師の氏名 ⑩ 電話番号 〇〇-〇〇〇〇																							