

始良市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	始国・123456	世帯主氏名	始良 一郎	
	(フリガナ)	アイラ タロウ		生年月日	昭和 平成 元年 1 月 1 日
	氏名	始良 太郎			
住所	始良市〇〇〇△△△番地				
振込先	金融機関 名称	国保	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()	本店 支店 出張所・代理店 本所・支所 その他()	中央
	預金種別	普通 当座 その他()	口座番号	1234567	
	口座名義人(カタカナ)	始良 二郎 (アイラ ジロウ)			
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
世帯主	住所	始良市〇〇〇△△△番地			
	氏名	始良 一郎		始良 印	
	電話番号	0995(◇◇)××××			
		始良市長		殿	

【受取委任の欄】（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上記口座名義人に委任します。				
	令和 2 年 5 月 15 日	氏名	始良 一郎 始良 印		

保険者 記入欄	支給決定額
	円

始良市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	始良 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 1 0 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 2 年 3 月 1 3 日 (午前 1 1 時頃)								
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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 1 0 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 2 年 3 月 1 0 日から 令和 2 年 3 月 3 1 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。)	1 0 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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ										
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) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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 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
	事業所名称
	事業主氏名 ⑩
担当者氏名	電話番号

始良市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つた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支給状況等をご記入ください。

被保険者氏名		始良 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つ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	×	×	×	×	×	15	10日				
	16	×	×	×	×	×	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					
	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つ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 1 2月	1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	○	△	14	15	9日				
	16	17	18	19	△	20	21	○	22	23	24	25	26	○	27		28	29	30	31
令和 2年 1月	1	2	3	4	5	△	7	○	9	10	11	12	○	○	15	8日				
	16	17	18	○	○	20	21	22	23	24	○	○	26	27	28		29	30	31	
令和 2年 2月	1	○	3	4	5	6	○	○	9	10	△	12	○	○	15	10日				
	△	16	17	18	○	19	20	21	22	○	23	24	25	○	26		27	28	29	30
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 checked="" 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 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 29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。																				
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 鹿児島県〇〇市△△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 花子																				
担当者氏名		国保 三郎				電話番号		123-456-7890												

事業主が証明するところ



始良市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		始良 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（肺炎）	初診日	令和 2 年 3 月 13 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	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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></tr> <tr><td>31</td><td colspan="14"></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															診療実日数 2 2 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																																																	
令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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></tr> <tr><td>31</td><td colspan="14"></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															診療実日数 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																																																		
令和 年 月	<table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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></tr> <tr><td>31</td><td colspan="14"></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															診療実日数 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																																																		
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 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																																																		
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 2 年 5 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 四郎		電話番号 3 4 5 - 6 7 8 - 9 0 1 2																																														