

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 險 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) 氏名	コクホ ジロウ		生年月日	昭和 年 月 日 平成 元年1月1日		
	住所	小牧市〇〇1丁目2番地					
振込先	金融機関 名称	国保		銀行 金庫 農協	本店 中央 支店 出張所 ※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	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			
	(フリガナ) 口座名義	コクホ ジロウ 国保 二郎					
上記のとおり申請します。 令和3年4月15日							
世帯主 住 所 小牧市□□町1丁目2番地 氏 名 国保 一郎 電 話 090-3456-7890 届出入 氏 名 国保 花子 (宛先)小牧市長							
口座名義が世帯主以外の場合は【受取代理人の欄】も記入が必要です。 またその場合、世帯主の本人確認書類(運転免許証など)のコピーを添付してください。							

【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4月16日
	氏名 国保 一郎	住所 同上	
代理人 (口座名義人)	住所 ○○市△△町5丁目2番地		世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ		子
	氏名 国保 二郎		

保険者 記入欄	支給決定額		
	円		

受診状況等申告書(被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和3年3月7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9日 (午前11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								
		令和 3 年 3 月 9 日								
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診		<p>支給対象外の日（公休日、元々シフトに入っていた日、本人は無症状だが休んだ日（看病・濃厚接触の疑い等））は含めないでください。</p> <p>また、様式第3（事業主記入用）の①と日数が同じであるかご確認ください。</p>								
③療養のため に 休んだ期間	令和3年3月7日から 令和3年3月17日まで	④左記期間のうち、勤務がござるか 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。	8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 <input checked="" type="radio"/> 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 合計 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」		<p>療養期間中に有給手当や休業手当が支給 されていた場合、記入が必要です。</p> <p>いて、事業主の証明が必要です。)</p>								
事業 主 記 入 欄	上記③～⑥の内容について、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								

勤務状況及び賃金支払状況等証明書(事業主記入用)

記入例

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	国保 二郎	支給対象外の日（公休日、元々シフトに入っていた日、本人は無症状だが休んだ日（看病・濃厚接触の疑い等））には×をつけないでください。																
	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。																		
	令和3年3月	1 2 3 4 5 6 X 8 9 X 10 11 X 12 X 14 15																	
	令和 年 月	1 2 3 4 16 17 18 19	例) 賃金計算が20日締めの企業で、3月7日から療養した場合、11月21日～2月20日の出勤日・賃金支給状況をご記入ください。																
	令和2年11月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 ▲ 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	金が生じた日数の計 (○、△、= の計)																
	令和3年12月	1 (2) (3) 4 5 ▲ 6 7 (8) 9 10 11 12 (13) (4) 15 16 17 18 (19) 20 21 22 23 24 (25) 26 27 28 29 30 31	6 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	4 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																
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 20 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	期間区分	単価(円)	11月21日～ 12月20日分			12月21日～ 1月20日分			1月21日～ 2月20日分										
			(A) 支給額(円)			(B) 支給額(円)			(C) 支給額(円)										
	基本給	100000	1200000			1000000			1000000										
	時給																		
	手当																		
	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。																			
療養期間中に有給・休業手当等の支給がある場合、日数と支給金額を余白にご記入ください。																			
令和 3 年 4 月 15 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) 愛知サービス																	
事業主氏名		愛知 花子																	
担当者氏名		愛知 三郎			電話番号			123-456-7890											

医療機関意見書(医療機関記入用)

記入例

医療機関担当者が意見を記入するところ	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 9 日												
	発病年月日	令和 3 年 3 月 7 日				発病の原因	不詳												
	労務不能と認めた期間	令和 3 年 3 月 10 日から																	
		令和 3 年 3 月 17 日まで																	
	うち、入院期間	令和 年 月 日から				療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症)											
		令和 年 月 日まで				転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他											
	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	診療実日数 1 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)																			
新型コロナウイルス感染症の疑いのため、3/9初診。7日より喉の痛み等の症状があったため受診。検査の結果陽性であった。								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の職種について労務不能と認められた医学的な所見																			
新型コロナウイルス感染症であるため、症状改善及び療養期間中は労務不能。																			
令和 3 年 4 月 5 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 こまき〇〇病院																			
医師の氏名 小牧 四郎								電話番号 0568-72-XXXX											