

国民健康保険 傷病手当金支給申請書①(世帯主記入用)

世帯主または代理人が記入してください。

被保険者情報	被保険者証 記号番号	*****			世帯主氏名	国保 一郎						
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 平成	元	年	1	月	1	日
	氏名	国保 二郎										
	住所	新潟県長岡市〇〇1丁目2番3号										
振込先	金融機関 名称	国保			銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()	中央						
	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					

※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入

※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。

原則、申請書①～④すべての作成・提出が必要となります。

令和2年4月15日

住所
新潟県長岡市〇〇1丁目2番3号

電話番号
0258(〇〇)〇〇〇〇

世帯主氏名
国保 一郎

日中連絡が取れる電話番号を記入してください。

長岡市長
磯田 達伸様

世帯主以外の口座への振込みを希望される
場合、下記に記入・押印してください。

【受取代理人の欄】

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 2年 4月 15日
	氏名 国保 一郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒940-0000 新潟県長岡市〇〇1丁目2番3号	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎	子

同じ印鑑を使用しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額
	記入しないでください。

国民健康保険 傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

支給対象者(被保険者)または
代理人が記入してください。

支給対象者(被保険者)氏名	国保 二郎
---------------	-------

症状が出た日	令和2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2年3月13日 (午前11時頃)								
①医療機関(帰国者・接触者外来)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 2 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2年3月10日から 令和2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	(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	「帰国者・接触者外来」を受診していない方は、勤務先の担当者に対して、上記③～⑥の記載内容を確認のうえ、「事業主記入欄」に証明することを依頼してください。	
	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③(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(休暇を取得した期間)における休暇の状況 上記の事由による有給休暇の日を「△」で、無給休暇の日を「×」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 10 11 12 13 14 15		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				
	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)		
令和元年11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		14 日		
令和2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	支給した賃金の算定期間の 勤務状況をご記入ください。	15 日		
令和2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		12 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 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 20 日 支払日 1. 当月 25 日 2. 翌月			
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	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	
	区分	単価(円)	(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 2 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	新潟県長岡市■■町4丁目5番6号				
事業所名称	(株)長岡サービス				
事業主氏名	長岡 花子				
担当者氏名	中越 三郎	電話番号	0258(■■)■■■■		

事業主が証明するところ

被保険者から勤務先の担当者に記入を依頼してください。
直近3か月間において、複数の事業所に勤務していた場合、すべての勤務先に作成を依頼してください。

長岡 (印)

国民健康保険 傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

被保険者から療養を担当した医療機関(帰国者・接触者外来)に記入を依頼してください。

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 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 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 2 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 2 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。				
「帰国者・接触者外来」を受診しなかった場合、申請書④の作成は不要ですが、勤務先の担当者に対して、申請書②の記載内容(休養期間等)の確認と証明を依頼してください。			令和 2 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	新潟県新潟市 × × 町 7 番 8 号			
医療機関の名称	新潟国保病院			
医師の氏名	新潟 四郎		電話番号 025-×××-××××	