

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			世帯主氏名			
	(フリガナ) 氏 名	-----		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	住 所	北島町					
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			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 (左詰めで記入してください)				
	口座名義(カタカナ)						
	※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。						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 北島町</p> <p>電話番号</p> <p>世帯主氏名</p>							

【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。(世帯主と代理人の本人確認書類の写しを添付してください。)

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 上記被保険者情報と同じ
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)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 日	①医療機関の 受診状況	1. 受診した →②へ 2. 受診していない →③へ								
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の名称・所在地・受診日 ※症状や経過は「医療状況申出」に記入		医療機関名									
		所在地									
		初診日	令和 年 月 日								
(①で「受診していない」と回答した場合) ③検査日・検査方法 ※症状や経過は「医療状況申出」に記入		【検査日】 年 月 日									
		【検査場所】 医療機関 ・ 市販の検査キット ・ その他()									
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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。)	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	⑥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; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>								

(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 _____
	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(医療状況申出書)

被保険者氏名																				
傷病名	COVID19感染症 (新型コロナウイルス感染症)																			
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	日
	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」等

0日目 発症日	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
1日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
2日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
3日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
4日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
5日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
6日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()
7日目	月	日	症状：熱(°C)	検査または受診()

(例) ○月△日 熱39.6℃ 全身の倦怠感があり、終日横になっていた。 検査または受診(検査:陽性)

(例) ○月□日 熱39.5℃ 前日から39℃台で上がったたり、下がったり。倦怠感も引き続き有。 検査または受診(なし)

※用紙が足りない場合は別紙にご記入ください

上記のとおり相違ありません。

また、場合により事業所や医療機関等に上記内容の照会をする事に同意します。

令和 年 月 日

署名

※療養期間等が虚偽の場合、支給した傷病手当の一部または全部の返還を求めます。

※公的な通知書等などの提出を求める場合があります。

(例)療養証明書、PCR検査の結果通知、抗原検査結果通知、抗原検査キットの判定が分かる写真 など

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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名													
	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	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
	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 ※締日が月末でない場合、4ヶ月にわたって記入してください。 【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 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
	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
	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
	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	賃金計算	締日		日				日
		2. いいえ	<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給	支払日		1. 当月					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。														
支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 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													
	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証明します。														
事業所所在地														
事業所名称														
事業主氏名 (印)														
担当者氏名				電話番号										