

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

|                                                                                                            |               |                                                |   |       |      |          |   |   |   |                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------|---|-------|------|----------|---|---|---|-----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報                                                                                 | 被保険者証<br>記号番号 | 123-456                                        |   | 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<br>平成 |   |   |   |                                                                                   |   |   | 元 | 年 | 1 | 月 | 1 | 日 |
|                                                                                                            | 氏 名           | 国保 二郎                                          |   |       |      |          |   |   |   |                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                            | 住 所           | △△県〇〇市□□町1丁目2番3号                               |   |       |      |          |   |   |   |                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 振<br>込<br>先                                                                                                | 金融機関<br>名称    | 国保<br><div>銀行・金庫・信組<br/>農協・漁協<br/>その他( )</div> |   |       |      |          |   |   |   | 中央<br><div>本店 支店<br/>出張所・本店営業部<br/>本所・支所<br/>その他( )</div><br>※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<br>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        | ゝ | ロ | ウ |                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                            |               | ※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。<br>令和2年4月15日<br>住 所 電話番号 012-3456-7890<br>高知県吾川郡いの町1丁目2番3号<br>世帯主氏名 国保 一郎<br><div>いの町長様</div> |               |                                                |   |       |      |          |   |   |   |                                                                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |

【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 2 年 4 月 15 日 |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |         |  |
|                | 氏名                                             |  | 国保 太郎   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住所 |  |  |  |  | 同上      |  |
| 代理人<br>(口座名義人) | 〒123-4567<br>高知県吾川郡いの町1丁目2番3号                  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  | 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<br>記入欄 | 支給決定額   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 46,669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 | 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<br>への相談日<br>※相談した場合に記入                                                          | 令和2年3月13日<br>(午前11時頃)                                                                                         |
| ①医療機関の受診状況                        |                                                             | <div>1. 受診した</div> <div>2. 受診していない</div>                                                      |                                                                                                               |
| (①で「受診した」と回答した場合)<br>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)<br>③症状(具体的に) |                                                             |                                                                                               |                                                                                                               |
| ③療養のために<br>休んだ期間                  | 令和2年3月10日から<br><br>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<br>( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり<br>感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や<br>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<br>給与等の支払いを受けましたか。<br>または、今後受けられますか。        | <div>1. はい</div> <div>2. いいえ</div>                                                            |                                                                                                               |
| ⑥                                 | ⑤で「はい」と回答した場合、その給<br>与等の額と、その報酬支払の対象と<br>なった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日から<br><br>令和 年 月 日まで                                                                  | (給与等の額:円)<br><div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |

(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                                       |      |  |
|        | 事業所名称                                        |      |  |
|        | 事業主氏名                                        | ⑩    |  |
| 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                                                                                  |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 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<br>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<br>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<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  | 10 日 |  |
|                                               | 令和 年 月                                                                                                                                                                 |       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>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<br>【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＝】、<br>【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<br>(○、△、＝ の計) |  |      |  |
|                                               | 令和元年12月                                                                                                                                                                |       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  | 9 日  |  |
|                                               | 令和2年1月                                                                                                                                                                 |       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  | 8 日  |  |
|                                               | 令和2年2月                                                                                                                                                                 |       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  | 10 日 |  |
|                                               | 令和 年 月                                                                                                                                                                 |       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | ②の期間に対して、賃金を支払いましたか？                                                                                                                                                   |       | 1. はい<br>2. いいえ                                                                        |                              | 給与の種類 |  | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input checked="" 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                                      | 区分                                                                                                                                                                     | 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 |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               |                                                                                                                                                                        |       |                                                                                        | (A)支給額(円)                    |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         | (B)支給額(円)      |                      |  |  |  |  |       |  | (C)支給額(円)      |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 基本給                                                                                                                                                                    | 10000 |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      | 9000 |         |                |                      |  |  |  |  | 8000  |  |                |  |              |  |  |  | 10000 |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 時給                                                                                                                                                                     |       |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 手当                                                                                                                                                                     |       |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 手当                                                                                                                                                                     |       |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 手当                                                                                                                                                                     |       |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 手当                                                                                                                                                                     |       |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 現物給与                                                                                                                                                                   |       |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      |      |         |                |                      |  |  |  |  |       |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               | 計                                                                                                                                                                      | 9000  |                                                                                        |                              |       |  |                                                                                                                                                                                               |  |      | 8000 |         |                |                      |  |  |  |  | 10000 |  |                |  |              |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |
|                                               |                                                                                                                                                                        |       |                                                                                        | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 27000 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 ▲▲県●●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 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |                          |  |      |  |

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<br>担当者が<br>意見を記<br>入する<br>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<br>認めた期間                  | 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 )<br><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<br><input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医         |  |  |  |  |  |  |  |           |      |
|                                                                                                                         | 診療日及び入院<br>していた日を○で<br>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<br>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<br>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<br>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 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    △△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    345-678-9012 |                                 |                          |                                                                                     |  |  |  |       |                   |                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |           |      |