

課長	課長補佐	係長	係員

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	0000654321	世帯主氏名	五所 一郎							
	(フリガナ)	ゴシヨ ハナコ			生年月日	昭和 平成	59 年 8 月 7 日				
	氏名	五所 花子									
住所	〒037-0016 五所川原市一ツ谷123番地456										
振込先	金融機関 名称	青森 <small>(銀行・金庫・信組 農協・漁協 其他())</small>			五所川原 <small>本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 其他()</small>						
	預金別	普通・当座 其他()		口座番号	9	8	7	6	5	4	3
	口座名義(カタカナ) 世帯主と異なる場合 は★へ	コ	シ	ヨ	ハ	ナ	コ				
※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。											
令和 2年 6月22日											
住所 〒037-0016 五所川原市一ツ谷123番地456											
電話番号 35-0000											
世帯主氏名 五所 一郎											
五所川原市長											

★【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	本申請に基づく傷病手当金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 2年 6月22日									
	氏名	五所 一郎			住所	同上				
代理人 (口座 名義人)	〒037-0016 五所川原市一ツ谷123番地456								世帯主との関係	
	(フリガナ)	ゴシヨ ハナコ								子
氏名	五所 花子									

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	五所 花子
--------	-------

症状が出た日	令和2年 4月22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 4月24日 (午後2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 4月25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)											
③療養のために 休んだ期間	令和 2年 4月22日から 令和 2年 5月 8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。	<input type="radio"/> 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	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">令和 年 月 日</div> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 ⑩</p>
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(被保険者記入用)

被保険者氏名	五所 花子
--------	-------

症状が出た日	令和2年 4月22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 4月24日 (午後2時頃)							
①医療機関の受診状況	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 年 月 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)	風邪の症状や37.5℃以上の発熱が4日以上続いた。強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)があった。									
③療養のために 休んだ期間	令和 2年 4月22日から 令和 2年 5月 8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2年4月22日から 令和2年 5月8日まで	(給与等の額:円) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>				1	0	0	0	0
		1	0	0	0	0				

(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 2年 6月22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	五所川原市中央〇丁目1-1	
	事業所名称	(株)〇〇サービス	
	事業主氏名	国保 丸男	Ⓜ
担当者氏名	岩木 望	電話番号	0173-34-〇〇〇〇

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。

被保険者氏名		五所 花子											
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2年4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										7 日	
令和2年5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)										12 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	
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										11 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 2. いいえ		給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <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。													
事業主が証明するところ	期間 区分	単価(円)	1月1日 ~ 1月31日 分			2月1日 ~ 2月29日 分			3月1日 ~ 3月31日 分				
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)				
	基本給	5 2 8 0	6 3 3 6 0	6 3 3 6 0	5 8 0 8 0								
	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)			1 8 4 8 0 0 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 6月22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				五所川原市中央〇丁目1-1									
事業所名称				(株)〇〇サービス									
事業主氏名				国保 丸男 (印)									
担当者氏名		岩木 望		電話番号		0173-34-〇〇〇〇							

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	五所 花子																
	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4月25日														
	発病年月日	令和2年4月22日			発病の原因	不詳												
	労務不能と認められた期間	令和2年4月22日から																
		令和2年5月8日まで																
	うち、入院期間	令和2年4月25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5月8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4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 7 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		令和2年5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数 8 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)																		
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、4/25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、5/8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5月8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。																		
令和2年6月30日																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		五所川原市岩木町△△																
医療機関の名称		〇〇病院																
医師の氏名		電話番号 0173-35-△△△△																