

世帯主記入用 記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

保険証の番号を記入 1/4

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	松国 - 123456	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				
	氏名	国保 二郎			元年 1 月 1 日					
	住所	東松山市 □□町1丁目2番3号								
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()						
	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	イ	チ	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。

新型コロナウイルス感染症の症状があった方の氏名・生年月日を記入してください。

東松山市長 宛て
上記のとおり申請します。 令和 2 年 5 月 15 日

住 所 東松山市 □□町1丁目2番3号

世帯主氏名 国保 一郎 ㊞

電 話 番 号 0123-45-6789 国保

世帯主の方以外の口座を記入する場合は下の【受取代理人の欄】に必ず記入してください。

【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。 年 月 日	
	氏名 ㊞ 住所 同上	
代理人 (口座名義人)	世帯主以外の口座に振り込む場合のみ記入します。	世帯主との関係
	(フリガナ)	
	氏名 ㊞	

保険者 記入欄	支給決定額
	記入不要 円

被保険者記入用 記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

2/4

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年4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4月13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		
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関名および受診日	医療機関名	〇〇総合病院	
	受診日	令和 2 年 4 月 13 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)	37.5℃以上の発熱が4日続いた後、熱が下がったが軽い息苦しさがあるがその後も数日続いた		
③療養のために休んだ期間	令和2年4月10日から 令和2年4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。)	10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 checked="" type="radio"/> 1. はい <input 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		

帰国者・接触者相談外来を受診したときのみ「1.受診した」に○を付けます。

受診していない場合は具体的な症状を記入

④の期間のうち、有給休暇となった期間がある場合はその期間と金額を記入します。

(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 5 月 8 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 ▲▲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 健康 太郎	
担当者氏名 健康 花子	電話番号 123-456-7890

帰国者・接触者相談外来を受診していない方は、必ずこちらの欄を事業主(雇用者)に記入してもらう必要があります

事業主記入用 記入例

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。

3/4

勤務予定の日であったが出勤できなかった日のうち、給与が発生していない日に×を付けます。

※有給休暇に該当する日は記入しません

本人に感染症の症状があって休んだ場合のみ該当します

※家族の療養のために休んだ場合や、濃厚接触者となって勤務ができない場合など、本人に症状がなかった期間は含みません

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 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	10 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 【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	9 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	8 日
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	3 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	

事業主が証明するところ

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 支払日 1. 当月 25 2. 翌月
----------------------	-----------------	--	---

出勤 ○
有給休暇 △
無給休暇(コロナ) ×
無給休暇(その他) /

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。

区分	期間	単価(円)	2月1日 ~	3月1日 ~	4月1日 ~
			2月29日 分	3月31日 分	4月30日 分
			(A) 支給額(円)	(B) 支給額(円)	(C) 支給額(円)
基本給		10000	90000	80000	30000
時給					
手当					
手当					
手当					
現物給与					
計			90000	80000	30000
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			200000円		

・通勤手当等の非課税所得
・賞与
を除いた額を記入してください。

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5月8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 健康 太郎



担当者氏名 健康 花子

電話番号


123-456-7890

※帰国者・接触者相談外来を受診したときのみ必要です。

医療機関記入用 記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

4/4

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 4 月 13 日												
	発病年月日	令和 2 年 4 月 10 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 13 日から 令和 2 年 4 月 30 日まで																	
	うち、入院期間	令和 2 年 4 月 13 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 4 月 30 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 18 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)																			
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、4/13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、4/30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 4 月 30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 5 月 1 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		〇〇総合病院																	
医師の氏名		松山 太郎													電話番号 345-678-9012				