

記載例 (医療機関を受診しなかった場合)

国民健康保険 傷病手当金 支給申請書 (世帯主記入用)

傷病手当支給に係る被保険者	氏名	国保 二郎	生年月日	平成●●年●月●日
上記の被保険者証記号番号	記号	銚田	番号	●●●●●●●●

傷病手当金の支給に係る被保険者に係る状況

症状が出た日	令和2年 5月11日	帰国者・接触者相談センターへ相談した日 ※相談した場合に記入	年 月 日
1.医療機関の受診	ア. 受診した <input checked="" type="radio"/> 受診していない		
2.医療機関の受診日 (1で「ア.受診した」と回答した場合)	年 月 日		
3.具体的な症状 (1で「イ.受診していない」と回答した場合)	5月11日から5月14日まで37.5℃以上の発熱が継続し、5月15日には平熱に戻ったが、勤務先と協議して5月22日まで出勤を控えた。		
4.療養のために休んだ期間	令和2年 5月11日～令和2年 5月22日		
5.上記4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による休業や勤務予定がなくなった日を除く。	書ききれないときや書きにくいときは、「裏面のおとり」として裏面に記載してください。		8 日
6.上記4の療養のために休んだ期間に給与等の支払いはありましたか。または今後受けられますか	ア. はい <input checked="" type="radio"/> いいえ		
7.上記6で「ア.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期間 (見込みを含む。)	(期間) 年 月 日～ 年 月 日 (金額) 円		

法人の場合、基本的に代表取締役の印 (丸印) を押印してください。
事業所単位 (工場や支店) の場合、事業の代表者印の押印をお願いします。

7の金額の欄に記載された金額が、休んだ期間全体から算出される傷病手当金の支給見込額から控除されます。

※上記の1において「イ. 受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄

上記の1～7の内容は、当事業所において把握している内容と相違ないことを

令和2年 6月 4日

●●市●町1丁目2番3号

株式会社 ●●●●

代表取締役 ●● ●● 印

(電話番号)

ゆうちょ銀行も指定できます。ゆうちょ銀行からの他の金融機関からの振込する場合の口座番号等を確認してください。

支給方法	口座	銀行	行	金融機関コード	預金種目	口座番号					
口座振込 窓口払い	記 入 欄	●●	信 信 農	●●●●	普通・当座	●	●	●	●	●	●
		●●	本 支 支 出 張 所	店 舗 コ ー ド	フリガナ	コクホ ジロウ					
					口座名義人	国保 二郎					

上記のとおり申請します。

令和2年 6月10日 世帯主 住所 銚田市銚田●●●●番地

氏名 国保 太郎 印

電話番号 ●●●●●●●●

傷病手当金の申請主体と受給の対象は、該当被保険者が出勤できなかった期間に当該被保険者が所属していた世帯主となります。
世帯主以外が傷病手当金を受領しようとする場合 (振込口座の名義人が世帯主以外の世帯員の場合も) は、受取代理人の欄の記載が必要です。

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 (世帯主) 国保 太郎 印		
代理人住所	銚田市銚田●●●●番地		世帯主との関係
代理人氏名	(振込口座の名義人) 国保 二郎		子

この欄は記載しないでください。

保険者処理欄	支給決定額	33,333 円
--------	-------	----------

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (事業主記入用)

傷病手当支給に係る被保険者	氏名	国保 二郎	生年月日	平成●●年●月●日
---------------	----	-------	------	-----------

労務に服することができなかつ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。

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, 傷病手当支給に係る被保険者が労務に服することができなかつた期間に属する月における勤務状況 ※上記の事由による無休休暇の日数を×で表示してください。		左記の事由による無休休暇の日数
---	--	-----------------

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	8 日
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つ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 ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 20 21 22 23 24 ⑳ ㉑ ㉒ 28 29 30 31	13 日
令和2年3月	1 ② ③ ④ ⑤ 6 7 8 ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ 13 14 15 ⑬ △ ⑰ 19 20 21 22 ⑳ ㉑ ㉒ 27 28 29 30 31	
令和2年4月	① ② 3 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ 9 10 11 12 ⑬ ⑭ △ 16 17 18 19 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 27 28 29 30 31	
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?	ア. はい イ. いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 毎月末日 支払日 当月 翌月 25日
-----------------------	-----------------	-------	--	--	------	--------------------------

2の期間の課税対象となる賃金支給状況 (期末勤勉手当 (賞与) を除く。) をご記入ください。

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	10,000	130,000	140,000	120,000
時給				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計				

賃金支給総額 (上記 (A) ~ (B) の合計) 390,000 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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和2年 6月 10日

(事業所所在地) ●●市■町1丁目2番3号

(事業所名称) 株式会社 ●●●●

(事業主氏名等) 代表取締役 ●● ●● 印

(担当者等) ●● ●● (電話番号) ●●●●●●●●

法人の場合、基本的に代表取締役の印 (丸印) を押印してください。

事業所単位 (工場や支店) の場合、事業の代表者印の押印をお願いします。

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

傷病手当支給に係る	年 月 日
-----------	-------

医療機関を受診しなかった場合、本様式の提出は必要ありません。

当該被保険者に係る医療	年 月 日
-------------	-------

傷病名			
発症年月日	年 月 日	発症の原因	
労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで	療養費用の種別	1 国保 1 公費 () 1 自費 1 その他
上記のうち、入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	転帰	1 治癒 1 中止 1 繰越 1 転医

診療日及び入院した日を1で囲んでください。

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
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
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

(記入欄)

症状の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

(記入欄)

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

(医療機関の所在地)

(医療機関の名称)

(医師の氏名等)

印

(電話番号)