

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	123456	世帯主氏名	豊川 一郎														
	(フリガナ)	トヨカワ ジロウ					生年月日	昭和 平成	元 年 1 月 1 日									
	氏名	豊川 二郎																
住所	豊川市〇〇町1丁目2番地の3																	
振込先	金融機関 名称	国保信用					銀行・ <u>金庫</u> ・信組					本店・ <u>支店</u> 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()						
	預金別	<u>普通</u> ・当座 その他()					口座番号					0	0	0	0	0	0	1
	口座名義(カタカナ)	ト	ヨ	カ	ワ	シ	ロ	ウ										

公金受取口座(世帯主)を利用します。(利用する場合は、チェック(レ)してください。)
(公金口座(世帯主)を利用する場合は、口座情報(上記枠部)の記載は不要です。)

上記のとおり申請します。

令和 5 年 2 月 1 日

住所
豊川市〇〇町1丁目2番地の3

電話番号
0533-〇〇-△△△△

世帯主氏名 豊川 一郎

個人番号 ※マイナンバーカードの番号

豊川市長 殿
※本人が署名(手書き)しない場合は、記名(自署以外)・押印してください

【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。 令和 5 年 2 月 1 日														
	氏名 豊川 一郎 ※本人が署名(手書き)しない場合は、記名(自署以外)・押印してください 住所 同上														
代理人 (口座名義人)	〒 豊川市〇〇町1丁目2番地の3										世帯主との関係				
	(フリガナ) トヨカワ ジロウ										子				
	氏名 豊川 二郎														

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	豊川 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和5年1月15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5年1月15日 (15 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 5 年 1 月 15 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)	※上記①で医療機関を受診していない場合に記入 (例)1/15に37.5度の発熱、1/16~1/18まで3日間38度の発熱、強い倦怠感があった。その後、数日すると症状が落ち着いた。		
③療養のために 休んだ期間	令和 5年 1月 15日から 令和 5年 1月 22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。)	5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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □	

下記の記入欄には、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	※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名(自署以外)・押印してください
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。

被保険者氏名		豊川 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 5年 1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	※コロナ感染中の勤務すべき期間(無給)を記入してください。定休日は含めない 日 5
	×	×	×	×	×	×										
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
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 4年 11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 4年 12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	12 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 5年 1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	12 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
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	□ 月給 □ 時間給		賃金計算	締日 毎月末 日									
	2. いいえ			□ 日給 □ 歩合給			支払日 1. 当月 25 日 2. 翌月									
		■ 日給月給 □ 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。																
期間 区分	単価(円)	11月 1日 ~ 11月 30日 分			12月 1日 ~ 12月 31日 分			1月 1日 ~ 1月 31日 分								
		(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)								
基本給	10000	10000	12000	12000												
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)			34000	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 5年 2月 1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 愛知県〇〇市〇〇町2丁目1番3号																
事業所名称 株式会社 国保通信																
事業主氏名 愛知 太郎 (印) ※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名(自署以外)・押印してください																
担当者氏名	愛知 花子			電話番号	1234-56-7890											

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳

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	豊川 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 5年 1月 15日												
	発病年月日	令和 5年 1月 15日						発病の原因	不詳											
	労務不能と 認められた期間	令和 5年 1月 15日から																		
		令和 5年 1月 22日まで																		
	うち、入院期間	令和 5年 1月 16日から						療養費用の種別	■ 国保 ■ 公費(感染症) □ 自費 □ その他											
		令和 5年 1月 22日まで						転帰	■ 治癒 □ 中止 □ 繰越 □ 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 5年 1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			
		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)																				
(例)新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、1/15 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 日入院。1週間程度で症状の改善が見られ、1/22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 5年 1月 22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																				
(例)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 5年 1月 22日																				
上記のとおり相違ありません。																				
医療機関の所在地 豊川市〇〇町〇〇3番地																				
医療機関の名称 豊川総合病院 電話番号 4567-89-0123																				
医師の氏名 国保 三郎 (印) ※本人が署名(手書き)しない場合は、記名(自署以外)・押印してください																				