

大洲市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	0123456789（枝番）03		世帯主氏名	国保 一郎							
	（フリガナ）	コクホ ジロウ		生年月日	平成 元 年 2 月 3 日							
	氏 名	国保 二郎										
	住 所	大洲市〇〇町△△△番地□										
振 込 先	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 ☒ 振込口座を指定する											
	金融機関 名称	国保 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他（ ）			中央 本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他（ ） ※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 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。 上記被保険者の市町村民税課税台帳及び課税資料、所得金額について調査されることに同意します。 労働基準法の規定による休業補償、労働者災害補償保険法の規定による休業補償又はこれらに相当する補償の有無及び金額について調査されることに同意します。 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法又は高齢者医療確保法の規定による、新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金に相当する給付の有無及び金額について調査されることに同意します。 これらを調査されることについては、上記被保険者の承諾を得ています。 大洲市国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）に記載の内容に間違いがないことを誓約します。 令和2年 6 月 25 日 住 所 大洲市〇〇町△△△番地□ 電話番号 0123-45-6789 世帯主氏名 国保 一郎 大洲市長 二宮 隆久 様												

【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 6 月 25 日	
	氏 名 国保 一郎	住 所 同上
代理人 （口座名義人）	〒 123 - 4567 大洲市〇〇町△△△番地□	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 記入欄	支給決定額
	円

大洲市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 への相談日 ※相談した場合に記入	令和2年 3 月 10 日 (午前11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2年 3 月 10 日											
		年 月 日											
		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)													
④療養のために 休んだ期間	令和2年 3 月 10 日から	⑤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										
	令和2年 3 月 27 日まで												
⑥	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											
⑦	⑥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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ※右詰めで記入してください。										
⑧	この申請書により支給申請を行う 傷病手当金について、労働基準法 等による休業補償等※1、健康保険 法等によるこれに相当する給付※2 を受けていますか。	1. はい 2. いいえ 「はい」の場合 円 (金額の確認できる資料を提出してください。)											

※1 労働基準法の規定による休業補償、労働者災害補償保険法の規定による休業補償又はこれらに相当する補償。
※2 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法又は高齢者医療確保法の規定による、新型コロナウイルス
感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金に相当する給付。

(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	年 月 日		
	上記③～⑦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			
担当者氏名		電話番号	

大洲市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 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 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								10 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）			
	令和元年 12 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 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								8 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								10 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								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		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ 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			1 0 0 0 0 0			9 0 0 0 0 0			8 0 0 0 0 0			1 0 0 0 0 0	
	時 給													
	手 当													
	手 当													
	手 当													
	手 当													
	現物給与													
	計							9 0 0 0 0 0			8 0 0 0 0 0			1 0 0 0 0 0
				賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）								2 7 0 0 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 25 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 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号														
事業所名称 株式会社 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						

大洲市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 10 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 認めた期間	令和2年 3 月 10 日から															
		令和2年 3 月 31 日まで															
	うち、入院期間	令和2年 3 月 10 日から				療養費用の種別	☐ 国保 ☒ 公費(感染症) ☐ 自費 ☐ その他										
		令和2年 3 月 31 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 実日数	22 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(詳しく)																	
新型コロナウイルス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	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 25 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																	