

国民健康保険傷病手当金支給申請書

記入例

令和 年 月 日	
(あて先)横須賀市長	
住所	横須賀市〇〇町1-23-45
世帯主 氏名	国保 太郎
電話番号	012-3456-7890
次のとおり申請します。	

被保険者情報	被保険者証 記号番号	03-12345678	世帯主氏名	国保 太郎										
	氏名	国保 二郎	生年月日	昭和 平成	29年11月20日									
	住所	横須賀市〇〇町1-23-45							対象者のお名前を 記入して下さい。					
振込先	金融機関 名	国保	銀行	農協	本店									
	店番号	1	2	3	口座番号	普通	1	2	3	4	5	6	7	支店
	フリガナ	コクホ ジロウ												
	口座名義人	国保 二郎												

【受取代理人】(世帯主以外の者が受領する場合のみ記入)

世帯主	この申請に関わる給付金の受領を次の代理人に委任します。		
	氏名	国保 太郎	
代理人 (口座名義人)	住所	横須賀市〇〇町1-23-45	
	氏名	国保 二郎	世帯主との 関係

(事務処理欄)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入) 記入例

同意書

(あて先)横須賀市長

横須賀市国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、横須賀市国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が横須賀市国民健康保険に回答することに同意します。

また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

令和 年 月 日

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13日
--------	--------------------	----------------------------------	--------------------

帰国者・接触者相談センターに電話等が出来なかった時は必ず記入してください。

相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください)

1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった
2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日)
3. その他()

修正が必要になった場合のために、捨印の押印をお願いします。

①医療機関の受診状況		1. 受診した		2. 受診していない	
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	令和 2年 3月13日	名称	国保総合病院	
	受診日	令和 年 月 日	名称		
	受診日	令和 年 月 日	名称		
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)					
④療養のために休んだ期間	令和 2年 3月10日 から 令和 2年 3月27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	
⑥	④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか？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、その給与等の支払の対象となった(なる)期間と、給与等の額		令和 年 月 日から	(給与等の額:円)	
			令和 年 月 日まで	※右詰めで記入して下さい。	

(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 年 月 日
	上記③、④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	(印)
担当者氏名	電話番号

医療機関を受診していない場合は、事業主の証明が必要です。

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入)

記入例 1

労務に服することができなかった被保険者について、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	国保 二郎																																						
雇用期間	平成 令和	30	年	4	月	1	日	から	1	雇用終了期間未定	2.	平成 令和		年		月		日	まで																				
雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他()																																						
就労日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input checked="" type="checkbox"/> 不定休(週 3日程度勤務)																																						
勤務地	〇〇市 〇〇町 2-34-56																																						
通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他()																																						
健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国保組合に加入している 3. 上記の保険には加入していない。												1. 上記雇用期間と同じ																										
	1.2の場合 保険加入期間												2.	平成 令和		年		月		日	から	平成 令和		年		月		日	まで										
事業主が証明するところ	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、 <u>労務に服することができなかった期間の属する月</u> における勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、 【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。																			労務に服することができな かった日数(×、＝)の計 (※ 事業主の方は記入しな いでください。)																			
	令和 2年 3月	① 公 公 公 公 公 公 7 8 9 10 11 12 13 14 公 15 公																								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
	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
	計																																				日		
「労務に服することができなかった期間」(休暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」 <u>以外の日</u> について、賃金を支給しましたか？	1. はい 2. いいえ												「はい」の場合、その支給額をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く)。							<input type="text"/> 円																			
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。																																							

(裏面あり)

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4日目の属する月の直近3か月の勤務状況(当該月を含めず。例:4日目が3月31日ならば12~2月、4月2日ならば1月~3月)**【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は=】、【公休日及び勤務が予定されていない日は公】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
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？ はい 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)。

区分	単価(円)	12月 1日 ~ 12月 31日勤務分 (A)支給額(円)	1月 1日 ~ 1月 31日勤務分 (B)支給額(円)	2月 1日 ~ 2月 29日勤務分 (C)支給額(円)
基本給(月給)	10000	90000	80000	100000
基本給(日給・時給)				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	10000	90000	80000	100000
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 270000円				
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入して下さい(訂正箇所の近くに事業主のフルネームの署名か押印が必要です)。				

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 ○○市 ○○町 2-34-56

事業所名称 (株)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

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(事業主記入)

記入例2

労務に服することができなかった被保険者について、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	国保 二郎																											
雇用期間	平成 令和	30	年	4	月	1	日	から	1	雇用終了期間未定	2.	平成 令和		年		月		日	まで									
雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他()																											
就労日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input checked="" type="checkbox"/> 不定休(週 3日程度勤務)																											
勤務地	〇〇市 〇〇町 2-34-56																											
通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他()																											
健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国保組合に加入している 3. 上記の保険には加入していない。												1. 上記雇用期間と同じ															
	1.2の場合 保険加入期間												2.	平成 令和		年		月		日	から							
事業主が証明するところ	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、 <u>労務に服することができなかった期間の属する月</u> における勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、 【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。																			労務に服することができな かった日数(×、＝)の計 (※ 事業主の方は記入しな いでください。)								
	令和 2年 3月	① 公 公 公 公 公 公 7 8 9 10 11 12 13 14 公 15 公																					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					
	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					
	計																											
「労務に服することができなかった期間」(休 暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休 日及び勤務が予定されていない日」 <u>以外の</u> <u>日</u> について、賃金を支給しましたか？												1. はい 2. いいえ							「はい」の場合、その支 給額をご記入ください(た だし、期末勤勉手当(賞 与)は除く)。 <input type="text"/> <input type="text"/> 円									
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。																												

(裏面あり)

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4日目の属する月の直近3か月の勤務状況(当該月を含めず。例:4日目が3月31日ならば12~2月、4月2日ならば1月~3月)**【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は=】、【公休日及び勤務が予定されていない日は公】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	4	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	9	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	8	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	6	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 15 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)。

期間	単価(円)	12月 16日 ~ 1月 15日勤務分 (A)支給額(円)	1月 16日 ~ 2月 15日勤務分 (B)支給額(円)	2月 16日 ~ 3月 15日勤務分 (C)支給額(円)
基本給(月給)	10000	90000	80000	100000
基本給(日給・時給)				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	10000	90000	80000	100000
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 270000円				

賃金の支給状況について、直近3か月の状況を記入して下さい。また、賃金の支給状況が分かるように、賃金の計算方法や欠勤控除計算方法等を記入して下さい。

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入して下さい(訂正箇所の近くに事業主のフルネームの署名か押印が必要です)。

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 ○○市 ○○町 2-34-56

事業所名称 (株)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

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)

記入例

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 3月 13日														
	発病年月日	令和 2年 3月 10日				濃厚接触者で、発症はしていないが、PCR検査を実施した対象者は、保健所により「濃厚接触者とされた日」を記入して下さい。															
	労務不能と認められた期間	令和 2年 3月 10日から				発病の原因	不詳														
		令和 2年 3月 27日まで				治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間を記入して下さい。															
	うち、入院期間	令和 2年 3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)														
		令和 2年 3月 27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 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	15	日	
		令和 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療実日数		日
		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	
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、3/13初診。PCR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。 10日間程度で症状の改善が見られ、3/27に実施した検査において2回目の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 3月 27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。																					
上記のとおり相違	訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入して下さい(訂正箇所の近くに療養担当者のフルネームの署名か押印が必要です)。															月	日				
医療機関の所在地	〇〇市 〇〇町3-45-67																				
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								

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)が、 提出できないことに関する申立書

記入例

令和 年 月 日
(あて先)横須賀市長
世帯主氏名 国保 太郎
<p>私は、国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)について医療機関から交付されないため、以下の添付書類を添え、申請の内容が事実と相違ないことを申し立てます。</p> <p>なお、当該給付について、偽りその他不正の行為によって保険給付を受けた場合はその給付額の全部または一部を返還することを誓約します。</p>

※記名押印に代えて、署名することができます。

添付書類 (お手持ちの書類をコピーして添付してください。)

<input type="checkbox"/>	医療機関を受診したことがわかる領収書
<input type="checkbox"/>	薬局から発行された領収書
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関または保健所から発行された検査結果がわかる書類
<input type="checkbox"/>	その他()

↑ 添付した書類の欄に、○を記入してください。
その他の書類の場合は、()内に、書類等の名称を記入してください。