

様式第1号（第2条関係）

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	雄0001234	世帯主氏名	国保 太郎								
	(フリガナ) 氏名	コクホ タロウ			生年月日	昭和60年 1月 1日						
		国保 太郎										
	住所	雄武町字雄武700番地										
	金融機関 名称	北見信用			銀行・ <input checked="" type="checkbox"/> 金庫・信組・農協 漁協・その他（ ）		雄武				本店・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		0	1	2	3	4	5
口座名義 (カタカナ)	コ	ク	ホ	タ	ロ	ウ						

雄武町長 宛て

上記のとおり申請します。

令和2年5月15日

住 所 雄武町字雄武700番地

世帯主氏名 国保 太郎 印 電話番号 0158-84-2023

【受取代理人の欄】

世帯主	本申請に基づく傷病手当金の受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日	
	氏名	印 住所 同上
代理人	〒 ー	
	(フリガナ)	世帯主との関係
	氏名	印

保険者 記入欄	支給決定額
	円

様式第2号（第2条関係）

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 太郎
--------	-------

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 (午後1時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 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13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）	年	月	日
④療養のため労務に服することができなかった期間	令和2年3月10日から 令和2年3月27日まで	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
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	年	月	日から (給与等の額：円)
	年	月	日まで <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(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③～⑥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		印
担当者氏名		電話番号	

様式第3号（第2条関係）

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。

被保険者氏名		国保 太郎			
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つ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		
労務に服することができなかつた初日		令和2年3月10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	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（賃金が生じる）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 ⑰ 21 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	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 ⑰ ⑱ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	8日			
令和2年2月	1 ② 3 4 5 6 ⑦ ⑧ 9 10 ⑪ 12 13 ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ 17 18 ⑰ ⑱ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟	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	給与の種類 □月給 □時間給 □日給 □歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 □その他	締日		
	2. いいえ		毎月末日		
賃金計算		支払日	1. 当月 2. 翌月		
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	期間区分	単価(円)	12月1日～12月31日分 (A)支給額(円)	1月1日～1月31日分 (B)支給額(円)	2月1日～2月29日分 (C)支給額(円)
	基本給	10000	9000	8000	10000
	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)			27000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。					年 月 日
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		

様式第4号（第2条関係）

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	国保 太郎						
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患				初診日	令和2年3月13日	
	発病年月日	令和2年3月10日				発病の原因	不詳	
	労務不能と認められた期間	令和2年3月10日から						
		令和2年3月31日から						
	うち、入院期間	令和2年3月10日から				療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
		令和2年3月31日から				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。	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 ⑩ 11 12 13 14 15 16	診療	2 2 日			
			17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	実日数				
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	診療	日			
			17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	実日数				
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	診療	日			
			17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	実日数				
	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、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みられ、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。								
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名								
印								