

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	35- .	世帯主氏名		
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所				

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 電話 番 号

世帯主氏名 印

(あて先)日野市長

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

受付印欄

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														
症状が出た日	年 月 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	年 月 日 (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		年 月 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)														
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。)	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。	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></tr></table>									

(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	

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													
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	
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	
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)	
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	
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	
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	
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		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		日	
										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。													
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳		期間		単価(円)		月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~			
		区分				月 日 分		月 日 分		月 日 分			
						(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)			
		基本給											
		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)						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。													
												年 月 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 事業所名称 事業主氏名													
(印)													
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(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																																													
	記号番号	35-	・	生年月日																																										
	傷病名				初診日				年	月	日																																			
	発病年月日				年	月	日	発病の原因																																						
	労務不能と認められた期間				年	月	日から																																							
					年	月	日まで																																							
	うち、入院期間				年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費()																																				
					年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input 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	診療 実日数	日																										
				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	診療 実日数	日																										
				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)																																														
																								手術年月日				年	月	日																
																								退院年月日				年	月	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																																														
年 月 日																																														
上記のとおり相違ありません。																																														
医療機関の所在地																																														
医療機関の名称																																														
医師の氏名																																														
印 電話番号																																														

宣誓書兼同意書

年 月 日

(あて先) 日野市長

私(被保険者)_____と、世帯主_____は、日野市国民健康保険 _____に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類(以下「申請書類等」という。)の記載内容が事実であることを誓約します。

日野市の職員が、申請書類等に記載されている事実(診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

住所

氏名

印

* 傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入をして下さい。

国民健康保険傷病手当金請求書

下記の金額のとおり請求いたします。

住所

世帯主

氏名

⑨

電話番号

(あて先)日野市長

金額

円

下記の口座に振り込んでください。

振 込 口 座	銀行・信金			支店
	信組・農協			出張所
	金融機関コード	支店コード	預金種類(○で囲む)	口座番号(右づめ)
			普通・当座・貯蓄	
口座名義	フリガナ			

委任状

（住所）

私、（世帯主氏名）

印

は、

（住所）

（口座名義人氏名）

に対して、下記の金額の受領を委任いたします。

年 月 日

記

件名

金額
