

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- 99 ・ 9999	世帯主氏名	日野 太郎	
	(フリガナ)	ヒノ ハナコ		生年月日	平成 元 年 1 月 1 日
	氏 名	日野 花子			
住 所	東京都日野市神明1丁目12番地の1				

上記のとおり申請します。

令和2年4月15日

住 所
東京都日野市神明1丁目12番地の1

電 話 番 号 012-3456-7890

世帯主氏名 日野 太郎

(あて先)日野市長



保 険 者 記 入 欄	支給決定額	
	※記入しないでください。	

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	日野 花子		
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 (午前11時頃)
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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		
	年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)			
③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。)	7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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="text"/>
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		日野 花子											
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	
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											
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。													
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										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	
事業主が証明するところ	②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日 毎月末 日 支払日 1. 当月 25 日 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)		1月1日 ~ 1月31日 分 (A)支給額(円)			2月1日 ~ 2月29日 分 (B)支給額(円)			3月1日 ~ 3月31日 分 (C)支給額(円)		
	基本給		10000		90000			80000			100000		
	時給												
	手当												
	手当												
	手当												
	現物給与												
	計				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)についてご記入ください。													
令和 2 年 4 月 5 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●●市■町1丁目2番3号													
事業所名称 (株)国保サービス													
事業主氏名 国保 二郎													
担当者氏名		国保 三郎				電話番号		123-456-7890					

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	日野 花子			
	記号番号	35- 99 ・ 9999	生年月日	平成元年1月1日	
	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		発病の原因	
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 3 月 10 日から			不詳
		令和 3 年 3 月 31 日まで			
	うち、入院期間	令和 3 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(感染症)
		令和 3 年 3 月 31 日まで		転帰	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <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 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 4 月 10 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	

宣誓書兼同意書

令和2年4月15日

(あて先)日野市長

私(被保険者)日野 花子と、世帯主日野 太郎は、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 日野市神明1丁目12番地の1

氏名 日野 花子



* 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 東京都日野市神明1丁目12番地の1

世帯主 氏名 日野 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇



(あて先)日野市長

金額 ※記入しないでください。 円

下記の口座に振り込んでください。

振込口座	国保	銀行・信金 信組・農協	中央	支店 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)
	9 9 9 9	0 0 1	普通・当座・貯蓄	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	フリガナ ヒノ タロウ 日野 太郎			

委任状

（住所） 日野市神明1丁目12番地の1

私、（世帯主氏名） 日野 太郎



は、

（住所） 日野市神明1丁目12番地の1

（口座名義人氏名） 日野 花子

に対して、下記の金額の受領を委任いたします。

年 月 日

※記入しないでください。

記

件名

※記入しないでください。

金額