

**記入例**

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	1234567		世帯主氏名	会津 太郎		
	(フリガナ)	アイツ ハナコ		生年月日	昭和 60 年 5 月 12 日		
	氏名	会津 花子					
住所	会津若松市東栄町3番46号						
振込先	金融機関 名称	会津		銀行・信組・漁協・その他	本店・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 6 5 4 3 2 1			
		アイツ	タロウ				
<p>原則として世帯主名義の口座としてください。                  世帯主以外の名義の口座とする場合は、下の【受取代理人の欄】に世帯主、受取人がそれぞれに自署・押印してください。                  上記のとおり申請します。</p> <p>令和 4年 9月 2日</p> <p>住所 会津若松市東栄町3番46号 電話番号 090-1234-5678</p> <p>世帯主氏名 (署名又は記名押印) 会津 太郎 会津若松市長</p>							

【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	本申請書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。	年 月 日
代理人 (口座名義人)	(フリガナ) 氏名	住所 同上
世帯主以外の名義の口座とする場合にみ、世帯主、受取人がそれぞれに自署・押印してください。		世帯主との関係

保険者 記入欄	支給決定額
	円

記入不要です。

(その2)

記入例

### 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	会津 花子		支給の対象になる人
症状が出た日	令和 4年 7月 8日		発熱、倦怠感、呼吸困難の症状が出た日 無症状の場合はPCR検査で陽性が判明した日
	受診・相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 4年 7月 9日 ( 10 時頃)	
①医療機関の受診状況	「受診していない」場合は、下記③と事業主証明の欄の記入も必要		
	1. <input checked="" type="radio"/> 受診した      2. <input type="radio"/> 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 4 年      7 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)	症状が出て会社を休んだ日から、快復して出勤するまでの日 (無症状の場合は、保健所から待機要請等をされた期間)		
③療養のために 休んだ期間	令和 4年 7月 8日 から 令和 4年 7月 20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。 )	8 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. <input type="radio"/> はい      2. <input checked="" type="radio"/> 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 (署名又は記名押印)
担当者氏名	電話番号

(その3)

記入例

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		会津 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		
令和 4年 7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		
新型コロナウイルス感染等により無給で休んだ日に「×」を付ける				
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 4年 4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	20 日		
令和 4年 5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	19 日		
令和 4年 6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	21 日		
①の前3か月間の出勤状況を記入→出勤○、有給休暇△、無給休暇（欠勤等）×、事業所休業は空欄で				
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 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他	締日 毎月末 日	
	2. いいえ		賃金計算 支払日 1. 当月 翌月 10 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 区分	単価（円）	4月 1日 ～ 4月 30日 分	5月 1日 ～ 5月 31日 分	6月 1日 ～ 6月 30日 分
		(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）	(C) 支給額（円）
基本給	150000	150000	150000	150000
時給				
通勤手当	200	3600	3600	4200
精勤手当	10000	10000		
現物給与				
計		163600	153600	154200
		賃金支給総額（上記 (A) ～ (C) の合計）		471400 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。 基本給は月15日以上勤務で100%支給。通勤手当は200円×出勤日数（有給日除く）。精勤手当は月20日以上勤務で支給（欠勤がある場合は不支給）				
令和 4年 8月 30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	会津若松市栄町5番17号		事業主の自署、または ゴム印等+代表者印の押印	
事業所名称	会津国保産業株式会社			
事業主氏名（署名又は記名押印）	代表取締役社長	国保 太郎		
担当者氏名	国保 次郎	電話番号	0242-39-1244	

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳

この用紙は、勤め先に記入してもらってください。勤め先が複数ある場合は、それぞれに記入してもらってください。

(その4)

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者記入するところ	患者氏名	会津 花子																																	
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日	令和 4 年 7 月 10 日																															
	発病年月日	令和 4 年 7 月 8 日			発病の原因	不詳																													
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 7 月 8 日から																																	
		令和 4 年 7 月 23 日まで																																	
	上記のうち入院期間	令和 4 年 7 月 12 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 4 年 7 月 23 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	令和4年7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	13 日
	<p style="background-color: yellow; border: 2px solid red; padding: 5px;">この用紙は、受診（入院）した医療機関に記入してもらってください。          自宅療養の方は、この用紙の代わりに、保健所が発行する就業制限通知・          就業制限解除通知、または、My HER-SYS（マイハース）の療養証明書を          提出してください。</p>																																		
	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）																																		
7/10、新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのためPCR検査実施。検査の結果陽性であることが7/12に判明し、肺炎の症状も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、7/23に実施したPCR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4年 7 月 23 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																																			
新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、症状が見られた7月8日からPCR検査で陰性となった7月23日までは労務不能と判断した。																																			
令和 4 年 8 月 31 日																																			
上記のとおり相違ありません。																																			
医療機関の所在地		会津若松市追手町2番41号																																	
医療機関の名称		若松総合病院																																	
医師の氏名 (署名又は記名押印)		若松 太郎										電話番号 0242-39-1111																							