

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

記入例

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	13-00000000		世帯主氏名	国保 太郎		
	フリガナ	コクホ ジロウ		生年月日	昭和 平成	29	11月20日
	氏名	国保 二郎		対象者のお名前を 記入して下さい。			
	住所	厚木市 〇〇町1丁目23-45					
振 込 先	金融機関 名称	国保	銀行・信金・信組 労金・農協 その他()	本店・支店	中央		
	預金の種類	普通・当座 その他()	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4
		コクホ	シロウ	5	6	7	
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。							
(あて先) 厚木市長 上記のとおり申請します。 令和 2年 4月 24日				必ず日中に連絡の取れる番号をお願いします。			
住所		厚木市 〇〇町1丁目23-45		電話番号 012-3456-7890			
世帯主氏名		国保 太郎		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(訂正箇所の近くに世帯主のフルネームの署名か押印が必要です)。			

【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。		令和 2年 4月 24日
	氏名	国保 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 厚木市 〇〇町1丁目23-45		世帯主との関係
	氏名	国保 二郎	子

保険者 記入欄	支給決定額 ここは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）

同意書

記入例

厚木市長

厚木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、厚木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、また関係諸機関が厚木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 2年 4月 24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
--------	--------------	----------------------------------	--------------

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（ ）

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。

①医療機関の受診状況	1. <input checked="" type="radio"/> 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) (いつから症状が出たか、どのような症状がでたか、外出許可日は何日だったか等を記載)	家族が3月7日にコロナ陽性。濃厚接触者判定される。3月10日から自身に発熱・咳等の症状あり。13日に病院受診し、陽性と診断された。外出許可日は3月21日だったが、引き続き症状があったため27日まで療養。			
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	
⑥④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		<input checked="" type="radio"/> 2. いいえ	
⑦⑥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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) [][] [][] [][] [][] [][] ※右詰めで記入して下さい。		

捨印

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。

※下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。

事業主記入欄	令和 2年 4月 5日		
	上記③～⑦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	〇〇市区町村 〇〇町2丁目34-56	
	事業所名称	株式会社国保サービス	
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



国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用 証明書）

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 30 年 4 月 1 日 から	1. 雇用終了期間未定 2. 個人事業主の方や業務委託を受けている方は傷病手当金対象外です。	
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	厚木市 ○○町 2丁目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 (国民健康保険のみに加入)	1.2の場合 保険加入 期間 1. 上記雇用期間と同じ 2. 平成 年 月 日 から 平成 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、 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 【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 ② 公 ④ ⑤ 公 公 ⑧ ⑨ △ × × × × × 公 公 公 公 公 × × × × △ 公 公 × × × × △ △ ⑩ 公	※
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22	※
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 16 17 18 19 20 21 22	労務に服することができなかった期間 の勤務状況(有給か無給か等)を詳細 に記入して下さい。
	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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か月に支払った賃金の支給状況**（当該月に**支給日のあるものは含めず**。例：4日目が3月31日ならば12～2月に**支払日がある分**。4月2日ならば1月～3月。）

【出勤は○】、【有給休暇は△】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】でそれぞれ表示してください。

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 (※賃金計算期間が月を跨ぐ際ご記入ください。)	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 ~	1月 1日 ~	2月 1日 ~
		12月31日勤務分 (A)支給額 (円)	1月31日勤務分 (B)支給額 (円)	2月29日勤務分 (C)支給額 (円)
基本給 (月給時給)	10000	90000	80000	100000
手当				
手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	10000	90000	80000	100000

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押印が必要です)。

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 ○○市区町村 ○○町 2丁目34-56

事業所名称 ㈱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