記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書①（世帯主記入用）

被保険者情報	被保険者証記号番号	枚国　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	世帯主氏名	国保　一郎
	（フリガナ） 氏　名	コクホ　ジロウ 国保　二郎	生年月日	昭和・(平成)　元　年　1　月　1　日
	住　所	枚方市〇〇町△△番××号		

振込先	金融機関名称	国保	(銀行)・金庫・信組 農協・漁協 その他（　　）					中央	本店 (支店) 出張所・本店営業部 本所・支所 その他（　　） ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入					
	預金別	(普通)・当座 その他（　　）			口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	口座名義（カタカナ）	コ	ク	ホ		シ	゛	ロ	ウ					
		※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。												

上記のとおり申請します。

令和　2年　4月　15日

住　　所
枚方市〇〇町△△番××号

電 話 番 号　012－3456－7890

世帯主氏名　　国保　一郎

枚 方 市 長 宛

【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 15 日 氏名　国保　一郎　　住所　同上	
代理人（口座名義人）	〒573－0000 同　上	世帯主との関係
	（フリガナ）　コクホ　ジロウ 氏　名　国保　二郎	子

※保険者記入欄	支給決定額
	円

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書②（被保険者記入用）

被保険者氏名	国保　二郎

症状が出た日	令和 2 年 3 月 2 1 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 2 4 日 （午前　午後 1 1 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		令和 2 年 3 月 2 4 日	
		令和　年　月　日	
		令和　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）			
④療養のために休んだ期間	令和 2 年 3 月 2 1 日から 令和 2 年 3 月 3 0 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。）	6 日
⑥	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	
⑦	⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、支払い対象となった（なる）期間をご記入ください。	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	（給与等の額：円） □□□□□□□

（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	令和 2 年 4 月 5 日 上記①において「受診していない」としている場合、上記③の内容について被保険者の記入のとおり確認しています。 また、上記④～⑦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　▲▲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　花子　国保印

担当者氏名	国保　三郎	電話番号	1 2 3 － 4 5 6 － 7 8 9 0

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書③（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。

事業主が証明するところ

被保険者氏名	国保　二郎
雇用形態	□正社員　□派遣社員　□契約社員　☑アルバイト・パート　□青色・白色専従者 ※給与所得（所得税法第28条第1項に定める所得）を得ている方が対象

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
出勤予定の日が**上記の事由により無給休暇となった日数を×、上記の事由による休暇で一部賃金の支払いがある日を▽**で表示してください。　**※公休日（出勤予定ではない日）には何も記入しないでください。**

		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	6 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傷病手当金の支給開始日（休みはじめてから4日目の日となります。）が属する月と、その前月、前々月（支給開始日が月の初日の場合は、前3か月間）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×】、【上記の事由による休暇で一部賃金の支払いがある日は▽】、【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 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	10 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	5 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

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	入社日	令和 元年 10月 1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。【期末勤勉手当（賞与）・通勤手当は除く。】

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	1000	10000	8000	5000
時　給				
手当				
手当				
現物給与				
計		10000	8000	5000
		賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計）	23000 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。
また、①の期間のうち、休業手当等の一部賃金の支払いがあれば、その額・支給対象日・計算方法もご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 2 年 4 月 5 日

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　花子　国保

担当者氏名	国保　三郎	電話番号	123－456－7890

※出勤簿や賃金台帳又は源泉徴収簿等の書類の提示を求める場合があります。

記入例

国民健康保険傷病手当金支給申請書④（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　二郎			
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　24　日	
発病年月日	令和　2　年　3　月　21　日		発病の原因	不詳
労務不能と認めた期間	令和　2　年　3　月　21　日から			
	令和　2　年　3　月　31　日まで			
うち、入院期間	令和　2　年　3　月　24　日から		療養費用の種別	☐ 国保　☑ 公費（ 感染症 ） ☐ 自費　☐ その他
	令和　2　年　3　月　31　日まで		転帰	☑ 治癒　☐ 中止 ☐ 繰越　☐ 転医

診療日及び入院していた日を〇で囲んでください。			
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	8　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	診療実日数	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	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）

新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、3/24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。1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	令和　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　国保 印　電話番号　３４５－６７８－９０１２