（記載例１）

国民健康保険傷病手当金支給申請書

令和２年○月○○日

（宛先）富士市長

申請者（世帯主）
住　所　静岡県富士市○○町○○番地の○
氏　名　国保　一郎
電話番号　０５４５－５１－０１２３

富士市国民健康保険条例附則第７項に規定する傷病手当金の支給を受けたいので次のとおり申請します。

被保険者記号番号	1234567	世帯主との続柄	子
（フリガナ）被保険者氏名	コクホ　ジロウ 国保　二郎	生年月日	平成１年１月１日
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　１０　日 （　１１　時頃）
医療機関の受診状況	１．受診した　　２．受診していない		
医療機関の受診日 （医療機関を受診した場合に記入）	令和　２　年　３　月　１３　日 令和　　年　　月　　日 令和　　年　　月　　日		
症状（期間などを具体的に） （医療機関を受診していない場合に記入）	様式４（医療機関記入用）の申請書を添付しない場合は、この欄は記入が必要です。		
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	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
上記の療養のために休んだ期間の給与等の支払い（支払い予定を含む。）の有無	１．　有　　２．　無		
上記給与等の支払いがあった場合、その額及び報酬支払の対象となった(なる)期間	給与等の額	円	
	期　間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	

（医療機関に「受診していない」と回答した場合は、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　　年　　月　　日 上記の内容については、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 代表者氏名 （本人が氏名を自署しない場合は、記名押印してください。） 様式４（医療機関記入用）の申請書を添付しない場合は、この欄は必ず記入が必要です。			
	担当者氏名		電話番号	

（記載例2）

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	被保険者証記号番号	1234567	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)　1　年　1　月　1　日

振込先（世帯主）	金融機関コード	0123							999						
	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。													

【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。）

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 5 月〇〇日				
委任する人（世帯主）	住　所	静岡県富士市〇〇町〇〇番地の〇		
	氏　名	国保　一郎　(国保印)		
	電話番号	0545-51-0123		
代理人（口座名義人）	住　所	〒　417－〇〇〇〇 静岡県富士市〇〇町〇〇番地の〇		
	（フリガナ）	コクホ　ジロウ		
	氏　名	国保　二郎　(国保印)		
	電話番号	0545-51-0123	世帯主との関係	子

≪ 記入上の注意 ≫
- 本申請書は、委任する人（世帯主）がすべて自筆でご記入ください。（代理人欄も含みます。）
- 手が不自由等で代筆する場合は、代筆の理由、代筆者の住所・氏名、内容について本人の了承を得ている旨を、欄外にご記入ください。
- 認印を忘れずに押してください。

以下記入不要

保険者記入欄	支給決定額	支給決定日
	円	年　月　日

（記載例3）

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。

事業主が証明するところ

被保険者氏名	国保　二郎

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。

		賃金が生じた日数の計（○、△、＝　の計）
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	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	□ 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。

支給した賃金内訳　期間／区分	単価（円）	12月1日 ～ 12月31日 分 (A)支給額（円）	1月1日 ～ 1月31日 分 (B)支給額（円）	2月1日 ～ 2月29日 分 (C)支給額（円）
基本給	10000	90000	80000	100000
時　給				
手当				
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　5　月　7　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　花子　印

※　本人が自署しない場合は、記名押印してください。

担当者氏名	国保　三郎	電話番号	123－456－7890

（記載例4）

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	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　13　日	
発病年月日	令和　2　年　3　月　10　日	発病の原因	不詳	
労務不能と認めた期間	令和　3　年　3　月　10　日から			
	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	☐ 国保　☑ 公費（ 感染症 ） ☐ 自費　☐ その他	
	令和　3　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	22　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	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　5　月　1　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

※　本人が自署しない場合は、記名押印してください。