

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	123456789	世帯主氏名	磐田 一郎													
	(フリガナ)	イワタ ジロウ			生年月日	昭和 平成	元	年	2	月	2	日					
	氏名	磐田 二郎															
	住所	静岡県磐田市国府台3-1															
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					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 ※ゆうちょ銀行の場合通帳の写しを添付										
	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)	イ	ワ	タ	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。)																	
世帯主 (委任する人)	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	4	年	8	月	8	日
	氏名	磐田 一郎					住所	同上									
代理人 (口座名義人)	〒	438 - 8650					世帯主との関係										
		磐田市国府台3-1															
	(フリガナ)	イワタ ジロウ					子										
	氏名	磐田 二郎															
上記のとおり申請します。																	
令和 4 年 8 月 8 日																	
住所 電話番号 0538-00-0000																	
磐田市国府台3-1 世帯主氏名																	
磐田 一郎 磐田市長 殿																	

以下記入不要

保険者 記入欄	支給決定額
	円

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

令和 4 年 8 月 8 日

磐田市長

住所 磐田市国府台3-1
氏名 磐田 二郎
電話番号 0538-〇〇-〇〇〇〇

被保険者情報	被保険者証 記号番号	123456789	世帯主氏名	磐田 一郎	
	(フリガナ) 氏名	イワタ ジロウ 磐田 二郎		生年月日	昭和 平成 元 年 1 月 1 日
症状が出た日	令和 4 年 7 月 7 日	帰国者・接触者相談 センターの相談日 ※相談した場合に記入		令和 年 月 日 (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 4 年 7 月 11 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 4 年 7 月 8 日から 令和 4 年 7 月 17 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、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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円)			

(事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	令和 4 年 8 月 5 日
	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 静岡県磐田市〇〇1-1-1
	事業所名称 株式会社磐田国保サービス
事業主氏名 豊田 磐子	印
担当者氏名 豊田 磐子	電話番号 0538-〇〇-〇〇〇〇

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		磐田 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 4 年 7 月	1	2	3	4	5	6	×	×	9	10	×	×	13	×	15	勤務予定で勤務できなかった日に×を記入。 勤務日でない場合には記入はしない。	6	日				
令和 年 月	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 4 年 4 月	1	2	3	4	○	6	○	8	△	10	11	○	13	○	15	9	日					
令和 4 年 5 月	16	17	18	○	19	20	○	21	22	23	△	24	○	25	26			27	28	29	○	31
令和 4 年 6 月	1	○	3	4	5	6	○	8	○	10	11	12	△	14	○	15	10	日				
令和 年 月	16	17	18	19	20	○	21	22	○	23	24	25	26	27	○	28			29	○	30	31
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？													締日		毎月末		日					
1. はい													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		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)	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	100000	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。																						
上記のとおり相違ないことを証明します。													令和 4 年 8 月 5 日									
事業所所在地													静岡県磐田市〇〇1-1-1									
事業所名称													株式会社磐田国保サービス									
事業主氏名													豊田 磐子		印							
担当者氏名													豊田 磐子		電話番号		0538-〇〇-〇〇〇〇					

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	磐田 二郎																			
	傷病名	COVID-19					初診日	令和 4 年 7 月 11 日													
	発病年月日	令和 4 年 7 月 7 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 7 日から																			
		令和 4 年 7 月 17 日まで																			
	うち、入院期間	令和 年 月 日から					療養費用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
		令和 年 月 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													
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 4 年 7 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	1	日	
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	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)																					
令和 4 年 7 月 7 日より発熱、頭痛の症状あり。 7 月 11 日 当院受診し、〇〇と判明。 治療開始。										手術年月日	令和 年 月 日										
										退院年月日	令和 年 月 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																					
〇〇〇〇のため、就労不能。																					
															令和 4 年 8 月 5 日						
上記のとおり相違ありません。																					
医療機関の所在地		静岡県磐田市〇〇2-2-2																			
医療機関の名称		国保病院																			
医師の氏名		国保 太郎										印		電話番号 0538-〇〇-〇〇〇〇							