

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	寝屋川 太郎								
	(フリガナ)	ネヤガワ ジロウ			生年月日	昭和 平成	元年 1 月 1 日					
	氏名	寝屋川 次郎										
住所	大阪府寝屋川市□□町1丁目2番3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		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	ネ	ヤ	ガ	ワ		ジ	ロ	ウ			
		※左詰めで記入し、姓と名の間は一字空けてください。										
寝屋川市長 広瀬慶輔様 上記のとおり申請します。 令和〇年〇月〇〇日 住所 大阪府寝屋川市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-3456-7890 世帯主氏名 (署名) 寝屋川 太郎 印												

【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。 令和〇年〇月〇〇日											
	氏名	寝屋川 太郎			住所	同上						
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 大阪府寝屋川市□□町1丁目2番3号							世帯主との関係				
	(フリガナ)	ネヤガワ ジロウ			子							
氏名	寝屋川 次郎											

保険者 記入欄	支給決定額										

※本紙は、申請書（事業主記入用）と一緒に事業主に提出してください。※

事業主の皆様へ

★申請書記入前に必ずお読みください★

『国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）』記入にあたっての注意事項

- 必ず事業主がご記入ください。事業主に記載内容の確認をさせていただく場合があります。
- 勤務実績の確認等のため、シフト表、雇用契約状況等の確認書類をご提出いただく場合があります。
- 発症日より前に一度も勤務がない場合は対象外になります。
- 手当内容が不明な場合は、確認させていただく場合があります。
- 支給した賃金内訳には、税控除前の支給額をご記入ください。
- 賃金支給状況と直近3カ月の勤務実績の確認においては、給与明細書、シフト表などの写しをご提出いただく場合があります。
- なお被保険者が自身で作成され、内容に相違があった場合は不支給となる場合があります。

★ご留意ください★

給与所得者における所得額については、地方税法第317条の6に基づき、事業主が「給与支払報告書」を作成し、給与を支払った年の翌年1月31日までに提出する義務があります。

期限内にこの報告がない場合は、支給後の調査において「1年間の給与支給額」が「傷病手当金申請でご証明いただいた3か月間の賃金」よりも過少となる矛盾が発生しますので、ご注意ください。

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		寝屋川 次郎																															
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。(出勤予定だった日のみ×をつけて下さい。)														左記の事由による 無給休暇の日数(×の数)																			
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	7 日	同じところに×を記入してください。
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開始月を含む直近3か月の勤務状況を記入してください。 【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	9 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	4 日	
すべての日を記号で埋めてください。 (賃金計算の締日が月途中の場合は、4か月分の勤務状況が必要です。)																																	
主が証明するところ		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 <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		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、通勤手当(非課税範囲内)、期末勤勉手当(賞与)は除く。)																																	
支給した賃金内訳	期間	単価(円)		1月1日 ~ 1月31日 分				2月1日 ~ 2月28日 分				3月1日 ~ 3月31日 分																					
	区分			(A)支給額(円)				(B)支給額(円)				(C)支給額(円)																					
	基本給	10000		90000				80000				40000																					
	時給																																
	手当																																
	手当																																
	現物給与																																
計			90000				80000				40000																						
				賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)												210000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。(別紙添付可) 日給(10,000円)×勤務日数=支給額 1/1~1/31(10,000円×9日=90,000円)、2/1~2/28(10,000円×8日=80,000円)、3/1~3/31(10,000円×4日=40,000円)																																	
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		株式会社国保サービス																															
事業主氏名		代表取締役社長 国保 花子																															
担当者氏名		国保 三郎				電話番号				123-456-7890																							
		株式会社 国保サービス代表 取締役社長印 印																															

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

※令和4年8月9日以降の申請について、本紙の提出を省略できますが、
診断日が令和4年9月26日以降で、8日間以上療養した場合は、別紙『感染状況報告書』の提出が必要です。

医療機関 担当者が 意見を記 入する ところ	患者氏名	寝屋川 次郎		
	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 10 日
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日		発病の原因 不詳
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 3 月 10 日から		
		令和 2 年 3 月 27 日まで		
	うち、入院期間	令和 2 年 3 月 10 日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
		令和 2 年 3 月 27 日まで	<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 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 ⑰ 28 29 30 31	診療 実日数 18 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、3/27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 27 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 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	電話番号 345-678-9012	