

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	島5-0123456789(枝番)03		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	元	年	1	月	1	日	
	氏名	国保 二郎										
住所	〒961-0000 白河市口口町1丁目2番3号											
振込先	金融機関 名称	国保 <small>銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()</small>				中央 <small>本店(支店) 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()</small> ※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												
世帯主 住所 〒961-0000 白河市口口町1丁目2番3号 氏名 国保 太郎 電話番号 012-3456-7890												
白河市長												

対象者のお名前をお書き下さい。

必ず連絡がとれる電話番号をお書きください。

対象者と住所が違う場合は、同上を二重線で消して、住所を記入してください。

【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	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 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒961-0000 白河市口口町1丁目2番3号	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
	ここは記入しないでください。

- この用紙は、白河市国民健康保険の被保険者のうち被用者(給与収入を得ている方)が、新型コロナウイルス感染症関連で傷病手当金の申請をする際に、必要となる申請書です。事前に、必ずお電話で相談ください。
- 世帯主は、この申請書の他に、被保険者記入用、事業主記入用、医療機関記入用(感染あるいは感染が疑われ、帰国者・接触者相談センターなどに相談し、医療機関を受診した場合)を併せて、申請する必要があります。
- ※帰国者・接触者相談センターは、令和2年11月1日からは「受診・相談センター」に読み替えてください。
- 【受取代理人の欄】は、世帯主以外の方が傷病手当金を受領する場合に記入します。その場合は、振込先も受取代理人の口座を記入します。
- 審査の際に、白河市国保年金課より、被保険者、事業主や医療機関に確認をさせていただく場合がございます。
- 申請する場合は、新型コロナウイルスの感染拡大予防のため、原則、郵送による申請をお願いします。
- 郵送先：〒961-8602 白河市八幡小路7番地1 白河市役所国保年金課(問い合わせ先：22-1111 内線2169)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	国保 二郎			対象者のお名前 をお書き下さい。
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 (午前11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 13 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)				
③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	④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	
⑤ 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			
⑥ ⑤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	(給与等の額:円)		
	令和 年 月 日まで	□□□□□□□□		

医療機関を受診
していない場合
下記の「事業主
記入欄」に、事
業主の証明が必
要です。
また、当面の間
は、受診した場
合でも、申請書
(医療機関記入
用)の添付を要
しないため、事
業主の証明が必
要です。

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、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 年 月 日
	上記③～⑥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
	事業主氏名
	印
担当者氏名	電話番号

- この用紙は、白河市国民健康保険の被保険者のうち被用者（給与と収入を得ている方）が、新型コロナウイルス感染症関連で傷病手当金の申請をする際に、必要となる申請書です。
- 上記①で医療機関を「1. 受診した」と回答した場合は、別途「国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）」を医療機関にて記入していただき、併せて提出する必要があります。※支給申請書（医療機関記入用）の証明には自己負担があります。⇒ただし、感染急拡大により、当面の間、臨時的な取扱いにより、「2. 受診していない」場合と同様に、事業主の証明が必要です。
- 上記①で医療機関を「2. 受診していない」と回答した場合は、この申請書の「事業主記入欄」に、必ず事業主に記名・押印していただき、提出してください。
- 審査の際に、白河市国保年金課より、事業主や医療機関に確認をさせていただく場合がございます。
(問い合わせ先：白河市国保年金課 22-1111 内線2169)

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

記入例

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		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の直近3か月の勤務状況 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			
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			
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	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 締日 毎月末日 支払日 1. 当月 2. 翌月 25日		
	2. いいえ				
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、期末勤労手当(賞与)は除く。					
支給した賃金内訳	期間	12月1日 ~ 12月31日 分	1月1日 ~ 1月31日 分	2月1日 ~ 2月29日 分	
	区分	単価(円)	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	10000	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 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 印国保			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890		

①の療養のために休んだ期間に給与等を支給した場合は、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、「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。」の欄に記入してください。※記入欄が足りない場合は、別紙にて記載し事業主様の氏名、押印をお願いします。

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。
(通勤手当等の非課税所得は賃金内訳に含みません。)
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。※記入欄が足りない場合は、別紙にて記載し、事業主様の氏名、押印をお願いします。

○この用紙は、白河市国民健康保険の被保険者のうち被用者(給与収入を得ている方)が、新型コロナウイルス感染症関連で傷病手当金の申請をする際に、必要となる申請書です。
○記入後は、被保険者にお渡しください。
○事業主様が訂正される場合は、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フルネームの署名か押印が必要です)。
○審査の際に、白河市国保年金課担当者より内容の確認をさせていただく場合がございます。
(問い合わせ先: 白河市国保年金課 22-1111 内線2169)

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

記入例

申請する患者
(被保険者)
の氏名を記入
します。

【当面の間の臨時的な取扱い】

感染急拡大により、当面の間、臨時的な取扱いとして、この申請書(医療機関記入用)の添付は不要とし、申請書(被保険者記入用)の「事業主記入欄」に、勤務先の事業主から、新型コロナウイルス感染症の感染に関する療養のために休んだ期間等を証明してもらい提出してください

(被保険者が自宅待機などにより医療機関を受診しなかった場合と同様)。

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			
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 3 月 10 日から	発病の原因	不詳	
		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	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症)	
		令和 3 年 3 月 31 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 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)					
新型コロナウイルス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 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	

○この用紙は、白河市国民健康保険の被保険者のうち被用者(給与収入を得ている方)が、新型コロナウイルス感染症関連で傷病手当金の申請をする際に、必要となる申請書です。しかし、感染急拡大により、当面の間、臨時的な取扱いによりこの添付は不要です。※別途申請書(被保険者記入用)に事業主からの証明は必要。

下記は、従前の取扱いです。

- ・感染あるいは感染が疑われ、帰国者・接触者相談センターなどに連絡し、医療機関を受診した場合、被保険者がこの申請書に医療機関の証明を受け、世帯主がほかの申請書と併せて、市に提出する必要があります。
- ・医療機関の証明には傷病手当金意見書交付料として、自己負担が発生します。
- ・帰国者・接触者相談センターは、令和2年11月1日からは「受診・相談センター」に読み替えてください。
- ・医療機関において、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。(訂正箇所の近くに医師のフルネームの署名か押印が必要です)。
- ・審査の際に、白河市国保年金課担当者より内容の確認をさせていただく場合がございます。

(問い合わせ先：白河市国保年金課 22-1111 内線2169)