

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	123-456	世帯主氏名	名護 太郎
	(フリガナ)	ナゴ ジロウ	生年月日	昭和 平成 元年 1 月 1 日
	氏名	名護 次郎		
	住所	名護市〇〇1丁目2番3号(字〇〇1番地)		
振込先	金融機関 名称	国保	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
	預金別	普通 当座 その他()	口座番号	123456
	(フリガナ)	ナゴ ジロウ		
	口座名義	名護 次郎		

上記のとおり申請します。

令和2年4月26日

住所
名護市〇〇1丁目2番3号(字〇〇1番地)

世帯主氏名 名護 太郎

内容の確認や振込処理に関して、ご連絡することがあります。
世帯主や被保険者の方などの連絡がとれる電話番号を記入してください。

電話番号 0980-00-0000

名護市長宛
殿

指定した振込先情報が分かるもの(通帳やキャッシュカードの写し)を添付してください。

【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26日	
	氏名 名護 太郎 住所 同上	
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 名護市〇〇1丁目2番3号(字〇〇1番地)	世帯主との関係
	(フリガナ) ナゴ ジロウ 氏名 名護 次郎	子

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(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		名護 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。			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			
原則として、直近3か月には①の労務に服することができなかった月も含まれます。(休む前日までの実績で記入)ただし、証明の時点で、①の月の賃金が支給されていない場合はその前の3か月について記入してください。					
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	3 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			
事業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?	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 25 日 2. 翌月	
	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(課税対象分)	期間	単価(円)	1月1日 ~ 1月31日 分	2月1日 ~ 2月29日 分	3月1日 ~ 3月8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	30000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		90000	80000	30000	
		賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			200000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 4 月 26 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		名護市〇〇1丁目2番3号(字〇〇1番地)			
事業所名称		(株)名護サービス			
事業主氏名		名護 花子			
担当者氏名		名護 三郎		電話番号	
				0980-00-0000	

②の賃金が生じた日数に対応する賃金の支給実績を記入してください。また、手当については課税対象のものを記入してください。



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	名護 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 13 日		
	発病年月日	令和 2 年 3 月 10 日		発病の原因	不詳	
	労務不能と認められた期間	令和 2 年 3 月 10 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 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 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	10	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 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		名護市〇〇1丁目2番3号(字〇〇1番地)				
医療機関の名称		国保総合病院				
医師の氏名	名護 四郎		電話番号	0980-00-0000		