様式第１号（第２条関係）

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 |  | 世帯主氏名 |  |
| 氏　　　名 |  | 生年月日 | 昭和平成 | 年　　　月　　　日 |
|  |
| 住　　　所 |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | コード | 支店名 |  | コード |
|  |  |
| 預金種目 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カタカナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※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１字開けてください。 |
| 上記のとおり申請します。　　　　　年　　月　　日　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下妻市長　　様　　 |

【受取代理人の欄】（※世帯主以外の方が傷病手当金を受領する場合は、記入が必要です。）

|  |  |
| --- | --- |
| 世　帯　主 | 本申請にもとづく傷病手当金に関する受領を下記代理人に委任します。　　　　年　　月　　日住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 代　理　人（口座名義人） | 住　所 | 〒 | 世帯主との関係 |
| 氏　名 |  |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
|  |
| 保　険　者記　入　欄 | 支給決定額 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

様式第２号（第２条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 症状が出た日 | 　　　　年　　月　　日 | 帰国者・接触者相談支援ｾﾝﾀｰへの相談日（※相談した場合に記入） | 　　　　年　　月　　日（　　　　　時頃） |
|  | 医療機関の受診状況 | １．受診した　　　　２．受診していない |
| ② | 医療機関の受診日（※①で「受診した」と回答した場合） | 年　　月　　日 |
| 年　　月　　日 |
| 年　　月　　日 |
| ③ | 具体的な症状（※①で「受診していない」と回答した場合） |  |
| ④ | 療養のために休んだ期間 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　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 | 　　　日 |
| ⑥ | ④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。 | 給与等の額：　　　　　　　　　　　　円期　　　間：　　　　年　　月　　日から　　　　　　　　　　年　　月　　日まで |

※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 | 年　　月　　日　上記③から⑦までの内容については、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。　事業主所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |

様式第３号（第２条関係）

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 | 被用者氏名 |  |
| 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に×印を付してください。） | 左記の事由による無給休暇の日数 |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 　　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※出勤した日は○、有給休暇の日は△、①の事由による無給休暇の日は×、その他の休暇（賃金が生じる）の日は＝、その他の休暇（賃金が生じない）の日は／を付してください。 | 賃金が生じた日数の計（○・△・＝の計） |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 日 |
| 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 | 日 |
| 支払日 | １．当月 | 日 |
| ２．翌月 |
| ③ | ②の期間における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） | 　　月　　日～　　月　　日分 | 　　月　　日～　　月　　日分 | 　　月　　日～　　月　　日分 |
| （A）支給額（円） | （B）支給額（円） | （C）支給額（円） |
| 基本給 |  |  |  |  |
| 時　　給 |  |  |  |  |
| 　　　　手当 |  |  |  |  |
| 　　　　手当 |  |  |  |  |
| 　　　　手当 |  |  |  |  |
| 　　　　手当 |  |  |  |  |
| 現物給与 |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 賃金支給総額（上記の（A）から（C）までの合計） | 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。 |
| 年　　月　　日　上記のとおり相違ないことを証明します。　事業主所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |

様式第４号（第２条関係）

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 |  |
| 傷　病　名 |  | 初診日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 発病年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 発病の原因 |  |
| 労務不能と認めた期間 | 　　　　年　　　月　　　日から |
| 　　　　年　　　月　　　日まで |
| 上記のうち入院期間 | 　　　　年　　　月　　　日から | 療養費用の種別 | □国保　　　□公費（　　　　　　　　　）□自費　　　□その他（　　　　　　　　） |
| 　　　　年　　　月　　　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○で囲んでください。 | 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 診療実日数日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 診療実日数日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 　　年　　月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |  | 診療実日数日 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 上記の期間中における「主たる症状及び経過」「診療内容、検査結果、療養指導」等 |
|  | 手術年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 退院年月日 | 　　　　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 |
|  |
| 年　　月　　日　上記のとおり相違ありません。　医療機関の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　　　　　―　　　　　―　　　　　　　　 |