

附則様式第1号（附則第4項関係）

（その1）

## 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	古河 12345678	世帯主氏名	国保 一郎								
	(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	古河市長谷町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 ( )		本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( )					
	預金種別	普通 当座 その他 ( )		口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義 (カタカナで 記入)	コ	ク	ホ	シ	、	ロ	ウ				
※姓と名の間は1字空け、濁点及び半濁点は1字として、左詰めで記入してください。												
上記のとおり申請します。 令和 2年 5月 20日 住 所 古河市長谷町1丁目2番3号 電話番号 0280-22-5111 世帯主氏名 国保 一郎 国保 古河市長 宛て												

【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次の代理人に委任します。 令和 2年 5月 20日												
	氏名	国保 一郎					住所 同上						
代理人 (口座名義人)	郵便番号	123-4567					世帯主との関係						
	(フリガナ)	コクホ ジロウ					子						
	氏名	国保 二郎											

保 険 者 記 入 欄	支給決定額											
	円											

(その2)

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	<b>国保 二郎</b>
--------	--------------

症状が出た日	令和 <b>2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>10</b> 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 <b>2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>13</b> 日 (午前 <b>11</b> 時頃)										
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1 受診した。 <input type="radio"/> 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 <b>2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>13</b> 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)	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)	令和      年      月      日												
④療養のために休んだ期間	令和 <b>2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>10</b> 日から 令和 <b>2</b> 年 <b>3</b> 月 <b>27</b> 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。)によらない休暇及び勤務予定がなかった日を除く。)	<b>10</b> 日										
⑥ 上記療養のために休んだ期間等の支払を受けましたか。又は、今後受けられますか。	<input type="radio"/> 1 はい <input checked="" type="radio"/> 2 いいえ												
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その給与等支払の対象となった(なる)期間を記入してください。	令和    年    月    日から 令和    年    月    日まで	(給与等の額: 円)											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>													

(上記①において「受診していない。」と回答した場合は、次の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	<p style="text-align: right;">令和    年    月    日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p style="text-align: center;">㊟</p>		
担当者氏名		電話番号	

(その3)


国民健康保険傷病手当金支給申請書 (事業主記入用)

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	× × × ×	14 15		10 日
	16 17 18	× × ×	22 23 24	× × × 28 29 30 31	
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箇月の勤務状況 【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 1月	1 2 ③ 4 5 6 7 ⑧ 9 10 11 12	⑬ ⑭	15		9 日
	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		8 日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
令和 2年 3月	1 ② 3 4 5 6 7 ⑧ 9	× × × ×	14 15		2 日
	16 17 18	× × ×	22 23 24	× × × 28 29 30 31	
令和 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				
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?	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	締日 毎月末 日 支払月 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記入してください。ただし、期末勤勉手当(賞与)を除く。				
支給した賃金内訳	期間区分	単価(円)	1月1日～1月31日分 (A)支給額(円)	2月1日～2月29日分 (B)支給額(円)	3月1日～3月31日分 (C)支給額(円)
	基本給	10000	90000	80000	20000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給付				
	計		90000	80000	20000
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計) 190000 円	
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等について記入してください。)					
日給(10,000円)×勤務日数=支給金額					
令和 2年 5月 17日					
上記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)国保サービス			
事業主氏名		国保 花子		国保 <sup>印</sup>	
担当者氏名	国保 三郎		電話番号	123-456-7890	

※令和4年8月9日より当面の間、医療機関記入用は提出不要です。

(その4)

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	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		
	発症年月日	令和 2 年 3 月 10 日		発症の原因	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)	
		令和 2 年 3 月 31 日まで	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	
	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みられ、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 5 月 15 日						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関所在地	△△県◇◇市××町1丁目2番3号					
医療機関名称	国保総合病院					
医師氏名	国保 四郎		電話番号	345-648-9012		