

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 記号番号	1 2 - 3 4 5 6 7 8 9 0		世帯主氏名	東北 太郎
	(フリガナ) 被保険者 氏 名	トウホク ハナコ		被保険者 生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
		東北 花子			
住 所	青森県上北郡東北町●●番地●●				
振込先	金融機関 名称	国保	銀行 信組金庫 農 協 その他 ()	本店 中央 支店 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	1 2 3 4 5 6 7	
	(フリガナ) 口座名義人	トウホク ハナコ 東北 花子			
上記のとおり申請します。					
令和3年〇月〇日					
申請者 (世帯主)	住 所	青森県上北郡東北町●●番地●●			
	氏 名	東北 太郎			
	電話番号	0 1 2 3 (4 5) 6 7 8 9			
青森県上北郡東北町長 殿					

【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3年〇月〇日
	氏 名	東北 太郎			
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 青森県上北郡東北町●●番地●●				世帯主との関係
	(フリガナ) トウホク ハナコ				子
	氏 名	東北 花子			

保険者 記入欄	支給決定額	
	円	

様式第3号の2（第4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）【記入例】

被保険者氏名	東北 花子
--------	-------

症状が出た日	令和3年6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3年6月11日 (午前10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3年 6月 12日										
	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3年6月10日から 令和3年6月30日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (注) 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。	年 月 日から (給与の額：円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 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③～⑥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

様式第3号の3（第4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）【記入例】

労務に服することができなかつ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		東北花子																
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つた期間に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3年 6月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
年 月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																	10日	
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つた期間に属する月の直近3カ月の勤務状況。 【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3年 3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
年 月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																	9日	
令和3年 4月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
年 月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																	8日	
令和3年 5月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
年 月		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																	11日	
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		□月給		□時間給		賃金計算		締日				日		
		2. いいえ				□日給		□歩合給				支払日		1. 当月		日		
						☑日給月給		□その他						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、期末勤勉手当（賞与）は除く。																		
事業主が証明するところ	支給した賃金内訳	区分/期間	単価（円）	3月 1日～ 3月 31日分				4月 1日～ 4月 30日分				5月 1日～ 5月 31日分						
				(A) 支給額（円）				(B) 支給額（円）				(C) 支給額（円）						
		基本給	10,000	90,000				80,000				110,000						
		時給																
		手当																
		手当																
		現物給与																
		計		90,000				80,000				110,000						
				賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）												280,000 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3年 7月 5日		
事業所 所在地		▲▲県●●市◆◆町一丁目2番3号																
事業所 名称		(株) 国保サービス																
事業主 氏名		国保 一郎 ㊟																
担当者氏名				国保 二郎				電話番号				234-56-78901						

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】

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	東北花子		
	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3年6月12日
	発病年月日	令和3年6月10日	発病の原因	不詳
	労務不能と認め た期間	令和3年6月10日から		
		令和3年6月30日まで		
	うち入院期間	令和3年6月12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3年6月30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3年6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 19日
		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
		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)				
6月10日から発熱、倦怠感があり、新型コロナウイルス感染症の疑いのため、6月12日初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状が見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、6月30日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	年 月 日	
		退院年月日	令和3年6月30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3年7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 五郎 電話番号 5678-90-1234				