

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	26-〇〇-△△△△(枝番)□□	世帯主氏名	〇〇 △△						
	(フリガナ)	マルマル サンカクサンカク			生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日				
	氏名	〇〇 △△								
住所	武蔵野市〇〇町△-△-△									
振込先	金融機関 名称	〇〇			△△					
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号					
	口座名義(カタカナ)	マ ル マ ル			サ ン カ ク サ ン カ ク					
※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。 武蔵野市が、申請書類等に記載されている事実(診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。 令和2年7月〇日 住 所 武蔵野市〇〇町△-△-△ 電話番号 0422-51-5131 世帯主氏名 〇〇 △△ 武蔵野市長殿										

【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。			年	月	日
	氏名	印	住所			
代理人 (口座名義人)	〒			世帯主との関係		
	(フリガナ)					
	氏名					

保険者 記入欄	支給決定額					
	円					

被保険者氏名	〇〇 △△
--------	-------

症状が出た日	令和2年5月15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5月15日 (午後3時頃)							
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 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5月15日									
	年	月	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)	発熱症状が38度以上続く。									
④療養のために 休んだ期間	令和2年5月15日から 令和2年5月29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。〕	3日							
⑥	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 <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 (給与等の額:円) 年 月 日まで <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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、下記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	令和2年7月〇日		
	上記③～⑦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。		
	事業所所在地	東京都武蔵野市〇町△-△-△	
	事業所名称	(株)◎□	
事業主氏名	代表取締役 ◎◎ 〇〇	<input checked="" type="radio"/> 印	
担当者氏名	□□ △△	電話番号	123-456-7890

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		○○ △△																			
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5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	3	日				
	16	17	18	19	20	×	22	23	24	×	26	27	×	29	30			31			
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	3	日				
	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2年3月	1	○	3	4	○	6	7	8	○	10	11	○	13	14	15	9	日				
	○	16	17	18	○	19	20	21	22	○	23	24	25	26	○			27	28	29	○
令和2年4月	1	○	3	4	5	6	7	8	○	10	11	12	13	14	15	5	日				
	○	16	17	18	19	20	21	22	○	23	24	25	26	27	28			29	○	30	31
令和2年5月	1	2	3	4	5	6	○	8	9	10	11	12	13	○	15	2	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	2	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	給与の種類		賃金計算		締日		毎月末		日											
	2. いいえ			<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		支払日		① 当月		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	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14日分												
	区分		(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)												
	基本給	□□100000	□□900000	□□500000	□□200000																
	時給	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□																
	手当	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□																
	手当	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□																
	手当	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□																
	現物給与	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□																
計	□□100000	□□900000	□□500000	□□200000																	
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) □□1600000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7月○日										
事業所所在地		東京都武蔵野市○町△-△-△																			
事業所名称		(株)○○																			
事業主氏名		代表取締役 ◎◎ ○○										印									
担当者氏名		□□ △△			電話番号			123-456-7890													

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	〇〇 △△																																		
	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5月15日																																
	発病年月日	令和2年5月15日																																		
	労務不能と認められた期間	令和2年5月15日から																														発病の原因	不詳			
		令和2年5月29日まで																																		
	うち、入院期間	令和2年5月15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5月29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5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	15	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)																																				
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、5/15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、5/29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2年5月29日																																	
症状経過から見て従来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7月〇日																																				
上記のとおり相違ありません。																																				
医療機関の所在地 東京都武蔵野市〇町□-□-□																																				
医療機関の名称 〇□病院																																				
医師の氏名 〇〇 □□ (印) 電話番号 456-7890-1234																																				