

様式 **記入例**

国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員記入用)

組合員情報	被保険者証 記号番号	001-000-001	資格取得 年月日	昭・ 平 令 30 年 1 月 1 日									
	(フリガナ) 氏名	コクホ タロウ 国保 太郎			生年月日	昭 平成 令和 5 年 1 月 1 日							
	住所	岐阜市〇〇町1-2-3											
振込先	金融機関 名称	(銀行)・金庫・信組 国保 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		1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	タ	ロ	ウ						
		※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。 令和4年 2月 1日 住 所 岐阜市〇〇町1-2-3 電 話 番 号 058-123-456 組合員氏名 国保 太郎 (印) 岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様													

【受取代理人の欄】(組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

組合員	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 年 月 日											
	氏名	(印)						住所	同上			
代理人 (口座名義人)	〒 -											
	(フリガナ) 氏名	(印)						組合員との関係				

保険者 記入欄	支給決定額											
	こちらには記入しないでください。											円

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

組合員氏名	国保 太郎
-------	-------

症状が出た日	令和4年1月5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 年 月 日 (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4年1月6日 受診		
	令和4年1月7日 入院		
	令和4年1月10日 退院		
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 4 年 1 月 6 日から 令和 4 年 1 月 18 日まで	④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。)	9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。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □	

(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	令和 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
担当者氏名	電話番号

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。

記入例

組合員氏名		国保 太郎			
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には×、有給休暇の日には△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 4 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	8 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				
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3年9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	20 日			
令和3年10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	22 日			
令和3年11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	21 日			
令和3年12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	20 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 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日 15 日		
	2. いいえ		支払日 ① 当月 28 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。					
事業主が証明するところ	期間	9月16日 ~ 10月15日 分	10月16日 ~ 11月15日 分	11月16日 ~ 12月15日 分	
	区分	単価(円)	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	1700000	1700000	1700000	1700000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計	1700000	1700000	1700000	1700000	
		賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		5100000 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4年2月1日	
事業所所在地	〇〇市〇〇 1-2-3				
事業所名称	〇〇クリニック				
事業主氏名	〇〇 〇〇 印				
担当者氏名	岐阜 一郎	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

【勤務状況の記入の注意】
支給対象日を含まない直近3ヵ月となります。
月末締めの場合は、支給対象日が1月11日であれば、下記の期間でご記入ください。

10月1日~10月31日
11月1日~11月30日
12月1日~12月31日

【賃金支給状況の記入の注意】
支給対象日を含まない直近3ヵ月となります。
月末締めの場合は、支給対象日が1月11日であれば、下記の期間でご記入ください。

10月1日~10月31日
11月1日~11月30日
12月1日~12月31日

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

こちらは受診した医療機関の担当者に記入をお願いしてください。

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	国保 太郎																														
	傷病名	COVID-19										初診日	令和4年1月6日																			
	発病年月日	令和4年1月6日																														
	労務不能と認められた期間	令和4年1月7日から										発病の原因	不詳																			
		令和4年1月16日まで																														
	うち、入院期間	令和4年1月7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4年1月10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4年1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	5	日												
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	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)																																
令和4年1月5日 倦怠感、咳、頭痛、咽頭痛あり。 同年1月6日発熱。受診し上記診断となる。 同年1月7日入院。1月10日に全身状態良好にて退院。										手術年月日	令和 年 月 日																					
										退院年月日	令和4年1月10日																					
入院治療を要したため																																
上記のとおり相違ありません。																															令和4年1月28日	
医療機関の所在地	〇〇市 〇〇 1-1																															
医療機関の名称	〇〇総合病院																															
医師の氏名	〇〇 〇〇										印	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇																			