

# 新型コロナウイルス感染症に係る 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	被保険者証 記号番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇		世帯主氏名	国保 太郎		
	フリガナ	コクホ ジロウ		生年月日	昭和 平成	29 年 11 月 20 日	
	氏名	国保 二郎		対象者のお名前を 記入して下さい。			
住所	〇〇市区町村 〇〇町1丁目23-45						
振 込 先	金融機関 名称	国保	銀行 信金・信組 労金・農協 その他( )	本店・支店 中央 その他( )		店番号	
	預金の種類	普通・当座	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4
	口座名義(カタカナ)	コクホ シロウ		5	6	7	
※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。							
<p>上記のとおり申請します。 令和 2年 4月 24日</p> <p>住所 <input checked="" type="checkbox"/> 同上</p> <p>電話番号 012-3456-7890 (日中に連絡の 取れる番号)</p> <p>世帯主氏名 国保 太郎 <span style="border: 1px dashed red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></p> <p style="text-align: right;">〇〇市長 国保太郎 殿</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">被保険者と同住所の場合は チェックを入れてください。</div> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">必ず連絡の取れる 番号をお願いします。</div> <p style="text-align: right; font-size: small;">※国民健康保険に関するご連絡に使用します</p>							

**【受取代理人の欄】** 世帯主以外の方が受領する場合(口座名義が世帯主以外の場合)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 2年 4月 24日	
	氏名 国保 太郎 <span style="border: 1px dashed red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 同上
代 理 人 (口座名義人)	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎 <span style="border: 1px dashed red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>	子

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	ここは記入しないでください
円	

# 新型コロナウイルス感染症に係る 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

## 同意書

〇〇市町村長

〇〇市町村国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、〇〇市町村国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が〇〇市町村国民健康保険に回答することに同意します。  
また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

令和 2年 4月 24日

被保険者氏名 国保 二郎



症状が出た日 令和 2年 3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 2年 3月 13日

相談できなかった場合はその理由(「〇」を付けてください)

1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった
2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった( 月 日 )
3. その他( )

帰国者・接触者相談センターに電話等が出来なかった時は必ず記入してください。

①医療機関の受診状況	1. 受診した		2. 受診していない	
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	令和 2年 3月 13日	名称	国保総合病院
	受診日	令和 年 月 日	名称	
	受診日	令和 年 月 日	名称	
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)				
④療養のために休んだ期間	令和 2年 3月 10日から 令和 2年 3月 27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。)	10 日	
⑥④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか?または、今後受けられますか?	1. はい		2. いいえ	
⑦⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の支払の対象となった(なる)期間と、給与等の額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) ※右詰めで記入して下さい。		

捨印  
修正が必要になった場合のために、  
捨印の押印をお願いします。

(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③～⑦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	医療機関を受診していない場合は、 事業主の証明が必要です。	
	事業所名称		
事業主氏名			
事業所 担当者氏名	事業所担当者 電話番号	( )	

(〇〇〇市)

# 新型コロナウイルス感染症に係る

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (事業主記入用 証明書)

労務に服することができなかった被保険者について、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	神奈川 太郎			業務内容	商業施設の警備													
雇用期間	平成 令和	30	年	4	月	1	日	から	1.	雇用終了期間未定								
雇用の形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> その他( )																	
就 労 日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 <input checked="" type="checkbox"/> 不定休(週 3日程度勤務)																	
勤 務 地	〇〇市 〇〇区 〇〇1丁目1-1																	
通勤手段	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他( )																	
健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国保組合に加入している 3. 国民健康保険に加入している 4. その他( )						1.2の場合 保険加入 期間			1. 上記雇用期間と同じ								
										2. 平成 令和								
自治体からの休業要請を事業所が受けて、当該被保険者が従事する予定だった業務に関して休業となった期間がありますか？	1. はい						「はい」の場合 その期間			令和								
	2. いいえ									令和								
事業主が証明するところ	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、 <b>労務に服することができなかった期間の属する月</b> における勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、 【公休日及び勤務が予定されていない日は 公】でそれぞれ表示してください。									労務に服することが できなかった日数 ( × と = )の計								
	令和 2年 3月	① 公 公 公 公 公 公 7 公 8 9 × × 公 × 公 公 公 公 公 × 公 × 公 公 公 × 公 × 公 公 29 30 公						7	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						労務に服することができなかった期間 の勤務状況(有給か無給か等)を詳細 に記入して下さい。			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									日							
計									7			日						
「労務に服することができなかった期間」(休暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」 <b>以外の日</b> について、賃金(休業手当を含む)を支給しましたか？						1. はい			「はい」の場合、その支給額をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。)			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> 円						
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。																		

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、勤務ができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月に支払った賃金の支給状況(当該月に支払日があるものは含めず)。  
 例:4日目が3月31日ならば12~2月に支払日がある分、4月2日ならば1月~3月に支払日がある分)

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	賃金計算	締日	15	日
	2. いいえ			支払日	1. 当月 2. 翌月	25

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、期末勤働手当(賞与)は除く)。

区分	期間	単価(円)	支払日12月25日 11月16日~ 12月15日勤務分 (A)支給額(円)	支払日1月25日 12月16日~ 1月15日勤務分 (B)支給額(円)	支払日2月25日 1月16日~ 2月15日勤務分 (C)支給額(円)
基本給 (月給時給)		100000	90000	90000	100000
手当					
現物給与					
計			(A) 90000	(B) 90000	(C) 100000
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)					280000円

賃金の支給状況について、直近3か月(勤務ができなかった期間の4日目の属する月より以前の月に賃金の支払日があるもの(当該月に支払日があるものは含めず)の3か月分)の支給状況を記入して下さい。

また、賃金の支給状況が分かるように、賃金の計算方法や欠勤控除計算方法等を記入して下さい。

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。

②の期間の勤務状況	賃金が生じた日数の計 (○と△と=の計)
令和 元年 11月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 公 公 公 公 △ 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	5 日
令和 元年 12月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 公 公 公 公 △ 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	9 日
令和 2年 1月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 公 公 公 公 △ 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	8 日
令和 2年 2月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 公 公 公 公 △ 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	6 日

令和 2年 4月 5日

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 ○○市 ○○区 ○○  
 事業所名称 (株)国保サービス  
 事業主氏名 国保 花子

訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入して下さい(訂正箇所に事業主の



事業所 担当者氏名 国保 三郎  
 事業所 担当者 電話番号 123 ( 456 ) 7890

事業主が証明するところ

# 新型コロナウイルス感染症に係る 国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用 意見書)

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
発病年月日	令和 2年 3月 10日	濃厚接触者で、発症はしていないが、PCR検査を実施した対象者は、保健所により「濃厚接触者とされた日」を記入して下さい。			
労務不能と認められた期間	令和 2年 3月 10日から	発病の原因	不詳		
	令和 2年 3月 27日まで	治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間を記入して下さい。			
うち、入院期間	令和 2年 3月 13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 3月 27日まで	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> その他( )		
診療日及び入院をしていた日を「○」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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">13</span> 14 15	診療実日数 15 日		
	令和 年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">27</span> 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			
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)					
<p style="color: red;">新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、3/13初診。PCR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。</p> <p style="color: red;">10日間程度で症状の改善が見られ、3/27に実施した検査において2回目の陰性となったため退院。</p>					
		手術年月日	令和 年 月 日		
		退院年月日	令和 2年 3月27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					
<p style="color: red;">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。</p>					
<p style="color: blue;">訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入して下さい(訂正箇所の近くに療養担当者のフルネームの署名か押印が必要です)。</p>					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地	〇〇市区町村 〇〇町3丁目45-67				
医療機関の名称	国保総合病院				
医師の氏名	国保 四郎		電話番号 345( 678 )9012		

医療機関担当者が意見を記入するところ