

記入例

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)

被保険者情報	被保険者証 記号番号	17-00-0000			世帯主氏名	北 太郎					
	(フリガナ) 氏名	キタ ハナコ 北 花子			生年月日	平成元 年 3 月 3 日					
	住所	北区王子本町1-15-22									
振込先	金融機関 名称	北 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			北 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	9	9	9	9	9	9	
	口座名義(カタカナ)	キ	タ	タ	ロ	ウ					
		※左詰めで記入してください。濁点及び半濁点は1字として記入し、姓と名との間は一字空けてください。									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和2年 5月 19日</p> <p>住 所 北区王子本町1-15-22 電話番号 090-9999-9999</p> <p>世帯主氏名 北 太郎</p> <p style="text-align: right;">北 東京都北区長 殿</p>											

【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	※対象者(世帯主と対象者が異なる場合)への振込を希望される場合のみ記入		
代理人 (口座名義人)	電話番号					世帯主との関係
	(フリガナ)					
	氏名	印				

以下には記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額
	※この欄は、記入の必要はありません。 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

被保険者氏名	北 花子
--------	-------------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 13 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 16 日 (午後 1 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 3 月 16 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)											
④療養のために休んだ期間	令和 2 年 3 月 16 日から 令和 2 年 4 月 3 日まで	⑤左記④の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。)	12 日								
⑥④の期間についての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										
⑦⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その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 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p style="color: red; margin-bottom: 10px;">↓</p> <p style="color: red; margin-bottom: 10px;">上記③から⑦までの内容については、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 印</p>
担当者氏名	電話番号

記入例

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)

労務に服することができなかった期間を含む給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		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	10	11	12	13	14	15	12	日	
	×	×	×	×	19	20	21	22	×	×	25	×	×	28	29			×
令和2年4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	12	日	
	×	×	×	×	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2年1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	14	日	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○
令和2年2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	15	日	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○			○
令和2年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8	日	
	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○
上記①の最初の日の属する月を含めた直近3か月分を記入																		
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		賃金計算		締日		毎月末		日		
		②. いいえ				<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		1 当月		15		
						<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他						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 区分	単価(円)	1月 1日 ~			2月 1日 ~			3月 1日 ~									
			1月 31日 分			2月 29日 分			3月 31日 分									
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)									
	基本給	100000	140000	150000	80000													
	時給																	
	超過勤務手当	10000	10000															
	手当																	
	手当																	
	手当																	
	現物給与																	
計		150000	150000	80000														
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)										380000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 5月 18日					
事業所所在地			東京都北区△△△9-8-777															
事業所名称			株式会社 保国不動産															
事業主氏名			保国 格男									印						
担当者氏名		北山			電話番号		03(9999)9999											

記入例

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)

医療機関 担当者が 意見を 記入する ところ	患者氏名	北 花子																			
	被保険者証 記号番号	17-00-0000			生年月日	平成元年3月3日															
	傷病名	新型コロナウイルス 感染症による肺炎			初診日	令和2年 3月 16日															
	発病年月日	令和2年 3月 16日			発病の原因	不詳															
	労務不能と 認められた期間	令和2年 3月 16日から																			
		令和2年 4月 3日まで																			
	上記期間のうち 入院期間	令和2年 3月 16日から			療養費用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他															
		令和2年 4月 3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 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	16	日	
		令和2年 4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	3	日	
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)																					
風邪の症状を訴え、3/16初診。肺炎の症状が確認され同日より緊急入院、検査の結果陽性となった。その後療養し軽快したため、3/31に検査実施、陰性が判明した4/3午後に退院となった。										手術年月日	年 月 日										
										退院年月日	令和2年 4月 3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																					
肺炎の症状が確認され、また感染拡大防止のため検査が陰性となるまで入院が必要であり、受診日から退院日まで就労不可と判断した。																					
																		令和2年	5	18	日
上記のとおり相違ありません。																					
医療機関の所在地										東京都北区00-00-00											
医療機関の名称										0000総合病院											
医師の氏名										00	00	印	電話番号						99	(9999)	9999