

様式1

東員町国保 傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	保険証 記号番号	123456	世帯主 氏名	東員 太郎							
	(フリガナ) 氏 名	東員 ハナコ		生年月日	昭和 平成 元 年 1 月 10 日						
	住 所	東員町 山田1600									
振 込 先	金融機関 名称	●●● ●●● ●●● ●●● ●●● ●●● 銀行・金庫・農協 その他()		●● ●● ●● ●● ●● ●● ●● ●● 本店・支店 その他() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>							
	預金種別	普通 その他()		口座番号	7	6	5	4	3	2	1
	口座名義 (カタカナ)	トウイン ハナコ <small>※ 口座名義人が世帯主以外の場合は、【受取代理の場合の記入欄】 にも記入してください。</small>									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center; color: red;">令和 2 年 5 月 20 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 東員町 山田1600</p> <p style="text-align: center;">世帯主氏名(署名) 東員 太郎</p> <p style="text-align: center;">電話番号 090-1111-2222</p> <p style="text-align: right;">東員町長 様</p>											

【受取代理の場合の記入欄】 (口座名義人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 5 月 20 日	
	氏 名(署名) 東員 太郎	住 所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 511-0295	
	東員町山田1600	
	(フリガナ) トウイン ハナコ	
	氏 名 東員 ハナコ	世帯主との関係 子

東員町 記入欄	支給決定額	円
------------	-------	---

誓約書 兼 同意書

令和 2 年 5 月 2 0 日

東員町長 水 谷 俊 郎 様

私（被保険者）東員 ハナコと、世帯主東員 太郎は、東員町国民健康保険条例附則第6条の規定に基づく傷病手当金の支給に係る申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）の記載内容が事実と相違ないことを誓約します。

また、東員町が、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、医療機関や事業主等に照会を行い、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。

被保険者証 記号番号		123456
被保険者	住所	東員町山田1600
	氏名 (署名)	東員 ハナコ
	電話	090-7777-8888
世帯主	住所	東員町山田1600
	氏名 (署名)	東員 太郎
	電話	090-1111-2222

【申請書（世帯主記入用）に添付してください。】

委任状

令和 2 年 5 月 20 日

東員町長 水谷俊郎 様

委任者（世帯主）

住所

東員町 山田1600

世帯主氏名（署名）

東員 太郎

電話番号

090-1111-2222

私は、下記の者を代理人と定め、被保険者 東員 ハナコ についての国民健康保険傷病手当金の申請手続きを委任します。

代理人

住所

●●市△△町○○2000

氏名

東員 大介

電話番号

090-1234-5678

世帯主との関係

子

(世帯主から見た関係)

代理人確認書類	<input type="checkbox"/>	健康保険証
	<input checked="" type="checkbox"/>	運転免許証
	<input type="checkbox"/>	パスポート
	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/>	その他 ()

【申請手続きを代理人(住所を異にする第三者)に委任する場合は、申請書(世帯主記入用)に添付してください。】

東員町国保 傷病手当金支給申請関係様式 (被保険者記入用)

被保険者氏名	東員 ハナコ	電話番号	090-7777-8888
--------	---------------	------	----------------------

※傷病手当金の対象となる被保険者氏名

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 (午前11時頃)
① 医療機関の受診状況	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1. 受診した 2. 受診していない </div>		
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 2 年 3 月 13 日		
	令和	年	月 日
③ 症状(期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)	①で「受診していない」と回答した場合に記載		
④ 療養のために休んだ期間	令和2年3月13日から 令和2年3月27日まで	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。	7 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。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1. はい 2. いいえ </div>		
⑥ ⑤で、「はい」と回答した場合は、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 (給与等の額)
	令和	年	月 日まで
			円

※ 上記 ① で、「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	
	上記 ① で、「受診していない」と回答した場合は、事業所の証明が必要です。		
	事業主氏名 (署名又は押印)	(印)	
担当者氏名		電話番号	

【申請書(世帯主記入用)に添付してください。】

東員町国保 傷病手当金支給申請関係様式(事業主記入用)

★ 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		東員 ハナコ																														
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×(ハツ印)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	×	×	×		×	13	14	15	10 日														
		16	17	18	×	×	×	22	23	24	×	×		×	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
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 (○、△、= の合計)																			
	令和元年12月	1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11		○	△	14	15	9 日														
		16	17	18	19	△	21	○	22	○	23	24		25	26	○	27		○	28	29	30	31									
	令和2年 1月	1	2	3	4	5	△	7	○	9	10	11		12	○	13	○		15	8 日												
		16	17	18	○	19	○	20	21	22	23	24		○	25	○	26		27		28	29	30	31								
令和2年 2月	1	○	3	4	5	6	○	7	○	9	10	△	12	○	13	○	15		10 日													
	△	17	18	○	19	20	○	21	22	23	24	25	○	26	27	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
②の期間に対して、賃金を支払い ましたか？		1. はい		2. いいえ		給与の 種類		賃金計算		締日		毎月末		日																		
						<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		支払日		1 当月		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。																																
支給した賃金内訳	期間		単価(円)		12月 1日 ~ 12月 31日 分				1月 1日 ~ 1月 31日 分				2月 1日 ~ 2月 29日 分																			
	区分				(A)支給額(円)				(B)支給額(円)				(C)支給額(円)																			
	基本給		100000		90000				80000				100000																			
	時給																															
	手当																															
	現物給与																															
計				90,000				80,000				100,000																				
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)...												270,000 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。																																
令和2年5月20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		〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地																													
	名称		株式会社 国保サービス																													
	事業主氏名(署名又は押印)		国保 栄太郎 印																													
担当者氏名		経理課 国保 三郎				電話番号				123-456-7890																						

※ 賃金計算方法など欄内に記載できない場合は、別途任意様式に記載いただければ結構です。

【申請書(世帯主記入用)に添付してください。】

東員町国保 傷病手当金支給申請関係様式(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	国保 ハナコ			
	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	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10日から 令和2年3月31日まで			
	うち、入院期間	令和2年3月10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31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 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	22 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	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 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疑いのため、3/10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、3/31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	令和 年 月 日		
		退院年月日	令和2年3月31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2年4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△丁目△△番地			
医療機関の名称		県保総合病院			
医師の氏名(署名又は押印)		県保 四郎 印	電話番号	246-800-1000	

※ 症状や所見など、欄内に記載できない場合は、別途任意様式に記載いただければ結構です。

【医療機関を受診した場合は、申請書(世帯主記入用)に添付してください。】

【医師の証明に要する費用は、自己負担となります。】