

# 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	23 - 99 ・ 8765	世帯主氏名	江戸川 太郎							
	(フリガナ) 氏名	エドガワ ハナコ 江戸川 花子		生年月日	昭和 59年 8月 7日 平成						
	住所	〒132-0021 東京都江戸川区中央1-4-1									
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 ゆうちょ 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)	エドガワ ハナコ			タロウ						
<p>振込先は、世帯主の口座になります。 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は 下欄「受取代理人の欄」もご記入ください。</p>											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 2年 6月 15日</p> <p>住所 〒132-0021 電話番号 03(3652)1151</p> <p>東京都江戸川区中央1-4-1</p> <p>世帯主氏名 江戸川 太郎 印 江戸川区長 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。	令和 年 月 日
	氏名	印
代理人 (口座名義人)	〒 -	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
	円

# 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 (被保険者記入用)

被保険者氏名	江戸川 花子
--------	--------

症状が出た日	令和 2 年 4 月 8 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 4 月 8 日 ( 午後 1 時頃)						
医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない <small>医療機関を受診した場合、医療機関による証明(「医療機関記入用」への記入)が必要です。 医療機関を受診していない場合、下欄「事業主記入欄」による証明(記入)が必要です。</small>								
( 受診したと回答した場合 ) 医療機関の受診日	令和 2 年 4 月 9 日								
( 受診していないと回答した場合 ) 症状(期間などを具体的に)	令和 年 月 日								
療養のために 休んだ期間	令和 2 年 4 月 10 日から 令和 2 年 4 月 23 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。 )	8 日						
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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ								
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	(給与等の額:円)							
	令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							

(上記 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 ~ 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	印
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)

事業主が記入をしてください

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		江戸川 花子														
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 4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
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 4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	4 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 2年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	14 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 2年 2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8 日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
上記の最初の日の属する月を含めた直近3か月分を記入												日				
事業主が証明するところ	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	月給	<input checked="" type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	毎月末	日							
		2. いいえ		日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月	2. 翌月	20 日						
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 区分	単価(円)	4月 1日 ~ 4月 30日 分			3月 1日 ~ 3月 31日 分			2月 1日 ~ 2月 29日 分							
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)							
	基本給															
	時給	1100	26400	92400	52800											
	手当															
	手当															
	手当															
	現物給与															
	計	1100														
		賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)							171600 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 6月 12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 東京都江戸川区船堀四丁目1番1号																
事業所名称 株式会社 国保山情報サービス 印																
事業主氏名 国保山 太郎																
担当者氏名	国保山			電話番号	03(5662)8053											

# 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

医療機関に記入を依頼してください

(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	江戸川 花子												
	傷病名	新型コロナ ウイルス感染症	初診日	令和 2 年 4 月 9 日										
	発病年月日	令和 2 年 4 月 8 日	発病の原因	不詳										
	労務不能と 認められた期間	令和 2 年 4 月 9 日から												
		令和 2 年 4 月 24 日まで												
	うち、入院期間	令和 年 月 日から	療養費用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 国保 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 その他										
		令和 年 月 日まで	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 転医										
	診療日及び入院 していた日を 囲んでください。	令和 2 年 4 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	2 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)														
風邪の症状を訴え、4月9日に初診。検査の結果陽性となったが、軽症であったため自宅療養を指示。その後軽快したため4月24日に検査実施したところ、陰性が判明。		手術年月日	令和 年 月 日											
		退院年月日	令和 年 月 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														
初診時において検査の結果陽性であり、感染拡大防止の観点から検査が陰性となるまで就労不可と判断した。														
令和 2 年 6 月 8 日														
上記のとおり相違ありません。														
医療機関の所在地		東京都江戸川区中央四丁目24番19号												
医療機関の名称		江戸川国保総合病院												
医師の氏名		保険島 五郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 電話番号 03(5662)												