

国民健康保険傷病手当金支給申請書

Application Form for the Injury and Disease Allowance of the National Health Insurance

被保険者情報 Information of the Insured Person	記号・番号 Symbol and Number of the Insured Person	XXXXXXXX			世帯主氏名 Head of the Household	Toyohashi Taro						
	(フリガナ Furigana)	トヨハシ ハナコ			生年月日 Date of Birth	S XX 年 XX 月 XX 日						
	氏名 Name	Toyohashi Hanako										
	住所 Address	Toyohashi-shi ○○chou ○○										
振込先 Payee	金融機関名 Name of Financial Institution	Toyohashi			銀行 信用金庫 信用組合 農協	Sakura			本店 支店 出張所			
	預金種別 Account Type	普通	当座		口座番号 Bank Account Number	0	0	0	0	0	0	0
	口座名義人 (カタカナ)Account holder (Katakana)	ト	ヨ	ハ	シ	ハ	ナ	コ				
	Justify to the left. Count the voiced marks and semi voiced sound marks as one letter and leave one space between the family name and first name.											
<p>I apply as the above.</p> <p>Reiwa 令和 X 年 XX 月 XX 日</p> <p>Address 住所 Toyohashi-shi ○○-chou ○○</p> <p>Phone Number 電話番号 XX-XXXX</p> <p>Head of the Household 世帯主氏名 Toyohashi Taro</p> <p style="text-align: right;">豊橋市長様</p>												

【世帯主と口座名義人が異なる場合】

In case someone except for the head of the household will receive the allowance, please fill in this section.

世帯主 Head of the Household	I delegate the following representative to receive the allowance of this application			Reiwa 令和 X 年 XX 月 XX 日
	Name 氏名	Toyohashi Taro		Address 住所 同上 same with the above
口座名義人 Account holder (代理人)	〒 XXX -XXXX	Toyohashi-shi ○○-chou ○○		世帯主との関係 Relationship with the Head of the Household
(Representative)	(フリガナ Furigana)	Toyohashi Hanako		TSUMA
	氏名 Name	Toyohashi Hanako		

保険者記入欄	Section for the insurer to write	支給決定額
		円

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用 For the insured to fill in)

Application Form for the Injury and Disease Allowance of the National Health Insurance

Name of the Insured	Toyohashi Hanako
---------------------	-------------------------

Example

Day the symptoms started to appear 症状が出た日	Reiwa year month day 令和 X年 XX月 XX日	Day you consulted the check-up・consultation center In case you made a consultation, please write the date 受診・相談センターへの相談日	Reiwa year month day 令和 X年 XX月 XX日 (Around AMX 時頃)
① 医療機関の受診状況 Medical check-up at a medical facility		1. 受診した I had it 2. 受診していない I haven't	
② The date you visited the medical facility 医療機関の受診日 If you answered "I had it" on question ①で「受診した」と回答した場合		Reiwa year month day 令和 X年 XX月 XX日	
③ Symptoms (write the details such as period, etc) 症状 (期間などを具体的に)		X月 XX日～ X月 XX日 Fever over 38°C	
④ The period you were absent due to the recuperation 療養のために休んだ期間		⑤ The days you were not able to work during the period from the left 左記期間のうち、勤務ができなかった日数 Except the days you took off for other reasons from the COVID-19 infection (including the days you had symptoms such as fever and the infection was suspected) and the days you weren't scheduled to work.	
⑥ Have you received your salary, etc. during the period you were absent due to the recuperation? Or will you receive it in the future? 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 Yes 2. いいえ No		
⑦ For those who answered "Yes" for the question ⑥, please write the amount and the targeted period of that payment. ⑥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。	From Reiwa year month day to 令和 X年 X月 X日 (給与等の額:円)		

For the work place to write 事業主記入欄	<p style="text-align: right;">令和 X年 XX月 XX日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号</p> <p>事業所名称 (株) 国保サービス</p> <p>事業主氏名 国保 一郎</p>		
担当者氏名	国保 二郎	電話番号	123-456-7890

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。

被保険者氏名		豊橋 花子				For the work place to write																	
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。						Example 10 日																	
令和 2年 3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							
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 元年 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
令和 元年 12月	1	2	○	4	5				6	○	8	9	10	11	△	12	13	14	15				
	16	17	18	△	19				20	○	21	22	○	23	24	25	○	26	27	28	29	30	31
令和 2年 1月	1	2	3	4	△	6	○	8	9	10	11	○	12	13	14	15							
	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	8	△	10	11	12	13	14	15							
	△	16	17	18	○	19	20	○	21	22	○	23	24	25	○	26	27	28	29	30	31		
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 毎月15 日		支払日 1. 当月 25 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。																							
支給した賃金内訳	期間区分		単価 (円)		11月16日 ~ 12月15日 分			12月16日 ~ 1月15日 分			1月16日 ~ 2月15日 分												
					(A) 支給額 (円)			(B) 支給額 (円)			(C) 支給額 (円)												
	基本給		10000		80000			90000			100000												
	時給																						
	手当																						
	手当																						
	手当																						
	現物給与																						
計				90000			80000			100000													
					賃金支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計)					270000 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 1日												
事業所所在地		▲▲県●●市■町1丁目2番3号																					
事業所名称		(株) 国保サービス																					
事業主氏名		国保 一郎																					
担当者氏名		国保 二郎				電話番号				123-456-7890													

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	豊橋 花子		For the medical facility to write			
	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 10日			
	発病年月日	令和 2年 3月 10日		Example	不詳		
	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				
	うち、入院期間	令和 2年 3月 31日まで	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 10日から		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 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の疑いのため、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 5月 1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1丁目2番3号							
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							