

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					世帯主氏名 Head of the Household							
	Furigana 氏名 Name					生年月日 Date of Birth	年 月 日						
	住所 Address												
振込先 Payee	金融機関名 Name of Financial Institution	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所 ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金種別 Account Type	普通・当座				口座番号 Bank Account Number							
	口座名義人 (カタカナ) Account holder (Katakana)												
	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.												
I apply as the above. Re iwa year month day 令和 年 月 日 Address Phone Number 住所 電話番号 Head of the Household 世帯主氏名 豊橋市長様													

【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. Re iwa year month day 令和 年 月 日 Name Address 氏名 住所 同上 same with the above
口座名義人 Account holder (代理人) (Representative)	〒 ー (フリガナ Furigana) 氏 名 Name 世帯主との関係 Relationship with the Head of the Household

保険者記入欄 Insurer write-in column	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	
---------------------	--

Day the symptoms started to appear 症状が出た日	Re i w a year month day 令和 年 月 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 (Around 時頃)	Re i w a year month day 令和 年 月 日								
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		Re i w a year month day 令和 年 月 日									
③ Symptoms (write the details such as period, etc) 症状 (期間などを具体的に)		month day ~ month day 月 日 ~ 月 日									
④ The period you were absent due to the recuperation 療養のために休んだ期間		Re i w a year month day 令和 年 月 日 to									
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.		日									
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。	Re i w a year month day 令和 年 月 日 to		(給与等の額:円) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								

For the work place to write 事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">令和 年 月 日</div> 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 事業所名称 事業主氏名
担当者氏名	電話番号

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																
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 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
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 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	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	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	日
	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	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算		締日								日
	2. いいえ	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他											支払日
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)		月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~										
	区分			月 日 分	月 日 分	月 日 分	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)							
	基本給															
	時給															
	手当															
	手当															
	手当															
	手当															
	現物給与															
	計															
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 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 年 月 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																
事業所名称																
事業主氏名																
担当者氏名								電話番号								

事業主が証明するところ

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																																
	傷病名																初診日	令和 年 月 日															
	発病年月日	令和 年 月 日															発病の原因																
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																療養費用の種別															
		令和 年 月 日まで																															
	うち、入院期間	令和 年 月 日から															転帰	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他															
		令和 年 月 日まで																<input 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	診療 実日数	日														
		令和 年 月	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	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)																																
																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																																
															令和 年 月 日																		
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名															電話番号																		