

(記入例)

世帯主が記入する。

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	み岩 1 2 3 A 4 5 6 7 8 9		世帯主氏名	岩 沼 太 郎											
	(フリガナ)	イワヌマ サクラ			生年月日	平成 2 年 1 月 1 日										
	氏 名	岩 沼 桜														
	住 所	岩沼市桜一丁目6番20号														
振 込	金融機関 名称	国保			銀行	金庫	本店 ・ 本店営業部									
					信組	農協	支店	出張所								
							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									
	口座名義 (カタカナ)	イ	ワ	ヌ	マ		タ	ロ	ウ							
		※左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は一字空けてください。														
上記のとおり申請します。																
令和 2 年 ● 月 ● 日																
住 所 岩沼市 桜一丁目6番20号																
氏 名 岩 沼 太 郎																
世帯主																
個人番号は マイナンバーです。																
人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2																
話番号 0 2 2 3 - 2 2 - 1 1 1 1																
岩 沼 市 長 殿																
受取代理人の欄は、世帯主以外の方が受領する場合に 記入し押印してください。 ※世帯主が受け取る場合は、記入不要です。																
【受取代理人の欄】 (世帯主)																
世帯主	本申請に基づく給付金	年 ● 月 ● 日														
	氏 名	岩 沼 太 郎			印	岩 沼	住 所			同 上						
代 理 人 (口 座 名 義 人)	〒 9 8 9 - 2 4 8 0 岩沼市桜一丁目6番20号	記入した場合、 忘れずに押印ください。										世帯主との関係				
	(フリガナ)	イワヌマ サクラ														
	氏 名	岩 沼 桜			印	岩 沼						子				
保 険 者 記 入 欄	支 給 決 定 額															
	ここは記入しないでください。															
	円															

（記入例）

被保険者が記入する。

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	岩沼 桜
--------	------

症状が出た日	令和 2 年 4 月 3 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 6 日 (14 時頃)
①医療機関の受診状況	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 4 月 6 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）	医療機関を受診していない場合、症状や期間など詳しく記入してください。		
④療養のために休んだ期間	令和 2 年 4 月 3 日から 令和 2 年 4 月 17 日まで	⑤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
⑥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なかった（または減額された）場合、その理由を記入してください。	1 はい 2 いいえ		
⑦⑥で給与等の額と、その報酬支払の対象となった（なる）期間を記入してください。	日から	(給与等の額：円)	
	年 月 日まで		

（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	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	年 月 日	
	事業所名称	医療機関を受診していない場合は、事業主から記入押印をしてもらってください。 ※受診している場合は、この欄の記入は不要です。	
	事業主氏名	印	
担当者氏名		電話番号	

（記入例）

事業主に記入してもらう。

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記入してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		岩 沼 桜																																																															
	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4月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>×</td><td>4</td><td>5</td><td>×</td><td>7</td><td>×</td><td>9</td><td>×</td><td>11</td><td>12</td><td>×</td><td>14</td><td>×</td></tr><tr><td>16</td><td>×</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																															1	2	×	4	5	×	7	×	9	×	11	12	×	14	×	16	×	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	7 日	
	1	2	×	4	5	×	7	×	9	×	11	12	×	14	×																																																			
	16	×	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																		
	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 「出勤は○」など、②と同様に表示してください。																																																															
	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		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>△</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																															1	2	△	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	14 日	
	1	2	△	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2年2月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>△</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																															1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	△	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	12 日		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	△	15																																																				
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																			
令和2年3月		<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr><tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr></table>																															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	13 日		
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																																																			
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																															日																																	
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		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他		賃金計算		締 日 毎月末 日 支払日 ① 当月 ② 翌月 15 日																																																								
②の期間の課税対象となる賃金支給状況を記入してください。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）		1 月 1 日 ～ 1 月 3 1 日 分 (A) 支給額（円）						2 月 1 日 ～ 2 月 2 9 日 分 (B) 支給額（円）						3 月 1 日 ～ 3 月 3 1 日 分 (C) 支給額（円）																																																	
	基本給		1 0 0 0 0		1 4 0 0 0 0						1 2 0 0 0 0						1 3 0 0 0 0																																																	
	時 給																																																																	
	手 当																																																																	
	手 当																																																																	
	手 当																																																																	
	手 当																																																																	
	現物給与																																																																	
	計		1 0 0 0 0		1 4 0 0 0 0						1 2 0 0 0 0						1 3 0 0 0 0																																																	
					賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計）						3 9 0 0 0 0 円																																																							
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。																																																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																																																																		
令和 2 年 ● 月 ● 日																																																																		
事業所所在地 岩沼市梅一丁目100番地																																																																		
事業所名称 岩沼松工業(株)																																																																		
事業主氏名 松 竹男 ⑩ 松																																																																		
忘れずに 押印ください。																																																																		
担当者氏名 松 柚子 電話番号 1 2 2 3 - 1 1 - 1 1 1 1																																																																		

(記入例)

医療機関に記入してもらう。

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	岩 沼 桜															
	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 4 月 6 日									
	発病年月日	令和 2 年 4 月 3 日					発病の原因	発病の原因がわからない場合は、「不詳」と記入してください。									
	労務不能と認めた期間	令和 2 年 4 月 3 日から 令和 2 年 4 月 1 7 日まで															
	うち入院期間	令和 2 年 4 月 6 日から 令和 2 年 4 月 1 7 日まで					療養費用の種別	☐ 国保 ☒ 公費（感染症） ☐ 自費 ☐ その他									
							転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 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 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 17													診療実日数	12 日
		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
		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、4月6日初診。検査の結果、陽性で肺炎の症状がみられたため同日から入院。1週間程度で症状の改善がみられ、4月16日に実施した検査において陰性となったため、翌日退院。																	
手術年月日		年 月 日		退院年月日		令和 2 年 4 月 17 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、発病年月日から退院までの期間は労務不能と判断した。																	
上記のとおり相違ありません。																	
令和 2 年 ● 月 ● 日																	
医療機関の所在地		岩 沼 市 桐 一 丁 目 5 0 番 地															
医療機関の名称		岩 沼 国 保 病 院															
医師の氏名		国 保 二 郎		電話番号		1 2 2 3 - 1 2 - 3 4 5 6											

忘れずに
押印ください。

国保

■ 傷病手当金の計算（記入例の場合で計算してみると・・・） ■

①直近3か月の給与収入の合計 (140,000円 + 120,000円 + 130,000円)	390,000 円
↓	
②直近3月の賃金発生日数の合計 (14日 + 12日 + 13日)	39 日
↓	
③一日あたりの収入額 (390,000円 ÷ 39日) ※10円未満四捨五入	10,000 円
↓	
④一日あたりの収入額の2/3 (10,000円 × 2/3) ※1円未満四捨五入	6,667 円
↓	
⑤傷病のために休んだ日数 (勤務することができなくなった日(※)から起算して3日を経過した日(4日目)以降なので、 4/6、4/8、4/10、4/13、4/15、4/17の6日間) ※勤務することができなくなった日とは、勤務予定日を休んだ日(公休日は起算日とはなりません)	6 日
↓	
⑥傷病手当金支給額 (6,667円 × 6日)	40,002 円