

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書①(世帯主記入用)

記入例

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

被保険者情報	被保険者証番号	〇〇〇〇〇		世帯主氏名	新城 太郎							
	(フリガナ)	シンシロ タロウ		生年月日	昭和	××	年	××	月	××	日	
	氏名	新城 太郎										
	住所	新城市〇〇字〇〇										
振込先	金融機関名称	新城			銀行	信用金庫		本店		支店		その他( )
					農協							
	預金別	普通・当座		口座番号		0 0 0 0 0 0 0						
	口座名義(カタカナ)	シ	ン	シ	ロ	タ	ロ	ウ				
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。												
<p>上記のとおり申請します。また、申請書②、③及び④の内容について、事業主又は医療機関に対し(新城市長)が確認することに同意します。</p> <p>令和〇 年 〇 月 〇 日 新 城 市 長</p> <p>世帯主 住所 新城市〇〇字〇〇</p> <p>氏名 新城 太郎 ⑨ 連絡先 〇〇 - 〇〇 - 〇〇 -</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	⑨		住所	同上						
代理人 (口座名義人)	私は次の権限を下記の代理人委任します(該当するものにレ点をつけてください)。 □この申請書における傷病手当金の申請及び事業主又は医療機関への内容確認同意に関すること。 □この申請に基づく傷病手当金の受領に関すること。										
	〒 -										世帯主との関係
	(フリガナ)										
	氏名	⑨									

保険者 記入欄	支給決定額				
	円	受付	入力	確認	

必要書類  
申請書① 申請者が記入する  
申請書② 申請者が記入する  
(受信なしの時は事業主の  
証明が必要)

申請書③ 事業主が記入する  
申請書④ 医療機関が記入する  
(受信なしの場合は不要)

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

記入例

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

被保険者氏名		新城 太郎	
症状が出た日	令和 2年 3月 13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	1. 受診した                      2. 受診していない	
②	(①で「受診した」と回答した場合) 医療機関の受診日	令和 2年 3月 13日	
		令和 年 月 日	令和 年 月 日
③	③療養の ために 休んだ期 間	令和2年3月13日から	④ 左記機関のうち、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。
		令和2年3月27日まで	
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。	1. はい                      2. いいえ	
⑥	⑤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	<input type="text"/>
⑦	上記の療養のため休んだ期間に他の健 康保険(船員保険、共済組合、後期高齢 者医療)から同一の事由による給付を受 けましたか。または、今後受けられま すか。	1. はい                      2. いいえ	
		(対象期間 年 月 日から 年 月 日)	

(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	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
	事業主氏名 <span style="float: right;">印</span>
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④(医療機関記入用)

記入例

(新型コロナウイルス感染症に感染したとき又は発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われるときに限ります。)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	新城 太郎																
	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	診療 実日数 22 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	診療 実日数 日
		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 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									