

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・記入ポイント

感染症に感染するなど(※)して仕事を休み、その期間給与の支払いが受けられないとき国民健康保険傷病手当金を申請するためのものです。
(※)新型コロナウイルス感染症に感染したとき または 発熱等の症状があり感染したことが疑われるとき に限ります。

被 保 險 者 情 報	被保険者証 記号番号	国札 チ 987 - 6543			世帯主氏名	国保 花子							
	(フリガナ)	コクホ イチロウ			生年月日	平成 元 年 1 月 1 日							
	氏 名	国保 一郎											
住 所	札幌市中央区北1条西2丁目1-1												
振込先 (世帯主)	金融機関 名称	○○○ 銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()				○○ 本店 支店 出張所・本所・支所 その他()							
		預金種別		普通		当座		その他 ()					
	店番号 (3桁)	0	0	0	口座番号 (7桁)	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	イ	チ	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>上記の口座への傷病手当金の支給を申請します。 また、本申請内容の事実を確認するため、札幌市が事業主、医療機関等の関係機関に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。</p>													
<p>令和4 年 6 月 1 日 住所 札幌市中央区北1条西2丁目1-1</p>													
世帯主 氏名	国保 花子					電話番号	011-999-9999						
<p>札幌市 中央 区長 あて</p>													

【受取代理人の欄】

世帯主	本申請に基づく傷病手当金の受領を下記の代理人に委任します。			令和4 年 6 月 1 日
	氏名 国保 花子			住 所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 060 - 0001 札幌市中央区北1条西2丁目1-1			世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ イチロウ			
	氏名 国保 一郎			國 保 子

保険者 記入欄	支給決定額
	円

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

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・記入ポイント

被保険者氏名

国保 一郎

(1)発症日	令和4年 4月 17日	(2)症状の詳細 (該当に○) 発熱・咳 喉痛・頭痛・倦怠感 その他()
(3)発症期間	(2)のいずれかの症状が 令和4年 4月 21日	(4)陽性(みなしを含む)の場合の療養期間 (陽性判明日～療養終了日) 療養期間の終期は、療養判定サイ 認した療養終了日や、厚 診療解除基準による解 が基本です。
(5)勤務できなかつた期間 (新型コロナウイルス感染後の後遺症による期間 は除く。)	令和4年 4月 18日から 令和4年 4月 23日まで	(6)左記期間のうち勤務ができなかつた日数 新型コロナウイルス感染症の感染(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つた日は除く。 5日
<p>この申請書(②被保険者記入用)の(4)の療養終了日 (7)または、感染が疑われる症状のため勤務できなかつた最後の日</p> <p>上記(7)で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その給与等の支払いの対象となつた(なる)期間をご記入ください。</p> <p>申請書(③事業主記入用)の(1)で 「×がついた日の計」と△がついた日の合計数と一致</p> <p>上記(6)の療養のために休んだ期間につ (9)いて、労災保険から休業補償給付や他保 険者から傷病手当金を受けられますか。</p>		
	1. 受けられない	2. 受けられる(予定含む)

事業主記入欄による証明・押印は必須です。

令和4年 5月 15日

事業主記入欄

上記内容については、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 札幌市北区北24条西6丁目1-1

事業所名称 ○○○○

事業主氏名 事業主 太郎



担当者氏名

従業員 一子

電話番号

011-000-0000

備考 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

国民健康保険傷病手当金支給申請書(③事業主記入用)

記入例・記入ポイント

感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、

労務に服することができなかつた期間を含む給与計算期間の勤務状況及び給与支給状況等をご記入ください。

事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	被保険者氏名	国保 一郎																	
	(1) 新型コロナウイルス感染症に感染または発熱等の症状があり感染が疑われたことにより、労務に服することができなかつた日(勤務予定であったが休んだ日)の休暇の種類 【有給休暇:△】、【無給休暇または減額休暇:×】でそれぞれ表示してください。 ※原則「労務に服することができなかつた初日」を1日目として4日目以降の×がついた日が傷病手当金の支給対象です。																		
	労務に服することができなくなつた初日 (最初に△か×がついた日)				令和4 年 4 月 18 日												×がついた日の計		
	令和4 年 4 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 △ 18 × × 20 21 × × 24 25 26 27 28 29 30 31															4 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																
	(2) (1)の「労務に服することができなくなつた初日」を1日目とした4日目からみて直近3か月分の給与計算期間の勤務状況(※) ※勤務実績が3か月に満たない場合は、実績がある月の分のみをご記入ください。 ※給与計算期間によって記入する月(期間)が変わりますので、記載例などでご確認ください。 【出勤:○】、【有給休暇:△】、【(1)で×をつけた日(コロナ感染等による無給休暇または減額休暇):×】、【その他の休暇(給与あり):=】、【その他の休暇(給与なし):/】でそれぞれ表示してください。																給与が生じた日数の合計 (○、△、= の計)		
	令和4 年 1 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															5 日	
	令和4 年 2 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															8 日	
	令和4 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															10 日	
	令和4 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															7 日	
(2)の期間に対して、給与を支払いましたか? または、今後支払いますか?		1. はい 2. いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	給与計算														締日 15 日 支払日 1. 当月 25 日 2. 翌月
(2)の期間に対して発生する課税対象の給与支給状況をご記入ください。ただし、賞与(3か月を超える期間ごとに受ける給与)は除いてご記入ください。非課税の通勤手当や福利厚生手当などは記載不要です。																			
給与の 支給 方法 について ご記入 ください。	区分	期間	単価(円)		1月16日～ 2月15日分				2月16日～ 3月15日分				3月16日～ 4月15日分						
	基本給		10000		90000				100000				110000						
	本事例の場合の給与締日別審査に必要な給与計算期間																		
	末日〆:1月1日～3月31日 25日〆:12月26日～3月25日 20日〆:1月21日～4月20日 15日〆:1月16日～4月15日 10日〆:1月11日～4月10日 5日〆:1月6日～4月5日																		
	給与が確定済みの期間の3か月分(約90日分)の勤務日数と給与支給状況をご記入ください。																		
																給与支給総額(上記(A)～(C)の合計) 300000 円			
	上記のとおり相違ないことを証明します。																令和4 年 5 月 20 日		
	事業所所在地 札幌市北区北24条西6丁目1-1																		
	事業所名称 ○○○○																		
	事業主氏名 事業主 太郎																		
担当者氏名 従業員 一子		電話番号		011-000-0000															