

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(①世帯主記入用)

この申請書は、新型コロナウイルス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 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	国札	-	世帯主氏名	
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所				
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( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、店名(漢数字)を記入	
		預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )		
	店番号 (3桁)		口座番号 (7桁)		
	口座名義(カタカナ)				

世帯主以外の方の口座を記入される場合は、【受取代理人の欄】もご記入ください。

※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。

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。

年 月 日

住所

世帯主  
氏名

電話番号

札幌市 区長 あて

【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。		年 月 日
	氏名	印	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 -		世帯主との関係
	(フリガナ)		
	氏名	印	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

備考 この様式により難しいときは、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)

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っ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。

被保険者氏名																					
(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った日(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った初日」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った初日 (最初に△か×がついた日)				年				月				日				×がついた日の計					
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			31
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			31
(2) (1)の「労務に服することができなくなった初日」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、記載例などをご確認ください。 【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)							
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	31	日	
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	31	日	
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	31	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"/> 時間給		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		給与計算		締日		日					
								<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他						支払日		1. 当月 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。																					
事業主が証明するところ  給与の支給内訳(支給予定を含む)		期間		単価(円)		月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~					
		区分				月 日 分		月 日 分		月 日 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																			
		時間外手当																			
		手当																			
		手当																			
		手当																			
現物給与																					
計																					
給与支給総額(上記(A)~(C)の合計)												円									
給与計算方法(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。												年		月		日					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名												印									
担当者氏名				電話番号																	

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