

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

記入例

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	広域00-0000		世帯主氏名		広域 太郎										
	(フリガナ)	コウイキ ジロウ				生年月日	昭和 平成 2 年 2 月 2 日									
	氏 名	広域 二郎														
	住 所	山形県最上郡～														
振 込 先	金融機関 名称	国保					銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )					本店・支店 出張所・本店営業部 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				
	預金別	普通・当座 その他( )		口座番号			1	2	3	4	5	6	7			
	口座名義(カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		シ		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。																
上記のとおり申請します。																
令和 4 年 3 月 10 日																
住 所 山形県最上郡～ 電 話 番 号 090-0000-****																
世帯主氏名 広域 太郎 印																
最上地区広域連合長 殿																

【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 4 年 3 月 10 日												
	氏名		広域 太郎 印		住所 同上								
代理人 (口座名義人)	〒 999 - 0000 山形県最上郡～												
	世帯主との関係												
	子												
傷病手当金を世帯主以外のかたが受領する場合に記入してください。													
保険者 記入欄	円												

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記入例

医療機関を受診  
した場合

被保険者氏名

広域 二郎

症状が出た日

令和 4 年 2 月 10 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 4 年 2 月 10 日  
(午前 10 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 4 年 2 月 10 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)

記入不要

④療養のために  
休んだ期間

令和4 年 2 月 10 日から

令和4 年 2 月 25 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ましたか。  
または、今後受けられますか。

1. はい

2. いいえ

⑦

⑥で「はい」と回答した場合、その給  
与等の額(金額)を記入してください。

年 月 日から

(給 領:円)

日まで

欄につ

(上記

※医療機関記入用の「労務不能と認めた期間」と同一期  
間をご記入ください。※宿泊療養・自宅療養のため、医療機関が「労務不能  
と認めた期間」を記入できない場合は、医療機関記入  
用の「発病年月日」から、宿泊療養証明書・自宅療養  
証明書の「療養期間の最終日」をご記入ください。※待期期間を除いた日数をご記入く  
ださい。(待期期間がわからない場  
合は未記入でかまいません。)

屋している内容と相違ないことを証明します。

事業主記入欄

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



# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名

広域 二郎

医療機関を未受  
診の場合

症状が出た日	令和 4 年 2 月 10 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 4 年 2 月 10 日 (午前 10 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	記入不要		
(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)	発熱や咳などの症状があった【期間】 強いだるさ(倦怠感)があった【期間】 息苦しさ(呼吸困難)があった【期間】 その他(状況)      など記載する		
④療養のために 休んだ期間	令和4 年 2 月 10 日から 令和4 年 2 月 25 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ましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい      2. いいえ		
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合 与等の額と、その報酬支払 なった(なる)期間をご記入	上記の記載内容について、勤務先 に対し、「事業主の証明」の記載 をご依頼ください。 (給与等の額:円)		

(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 3 年 7 月 3 日		
	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	山形県最上郡～	
	事業所名称	〇〇工務店	
	事業主氏名	〇〇 四郎	事業主印 代表印
担当者氏名		電話番号	

記入例

## 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		広域 二郎		
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	10 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3年12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	14 日		
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	14 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	5 日		
上記①、労務に服することができなかった期間が令和4年2月の場合、直近3か月の勤務状況は12月～2月となります。				
事業主が証明するところ	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 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	
	賃金計算		締日 毎月末日 支払日 1. 当月 20日 2. 翌月	
	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。			
	期間	12月1日～12月31日分	1月1日～1月31日分	2月1日～2月28日分
	区分	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	8000	11200	4000
	時給			
	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4年3月9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 山形県最上郡～				
事業所名称 ○○工務店				
事業主氏名 ○○ 四郎				
担当者氏名 ○○ 三郎				
電話番号 0233-**-****				



記入例

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 入するこ ろ	患者氏名	広域 二郎																														
	傷病名	新型コロナウイルス感染症 による呼吸器疾患															初診日	令和4 年 2 月 10 日														
	発病年月日	令和4 年 2 月 10 日															発病の原因	不詳														
	労務不能と 認めた期間	令和4 年 2 月 10 日から																														
		令和4 年 2 月 25 日まで															宿泊療養・自宅療養の場合は記入不要															
	うち、入院期間	令和4 年 2 月 11 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4 年 2 月 20 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4 年 2 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	11 日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			診療 実日数	日											
	年	月	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)																																
(記入)																手術年月日	年 月 日															
宿泊療養・自宅療養の場合は記入不要																退院年月日	令和4年 2月 20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																																
(記入)																																
令和4 年 3 月 9 日																																
上記のとおり相違ありません。																																
医療機関の所在地 山形県～																																
医療機関の名称 △△町立病院																																
医師の氏名 △□ 五郎 電話番号 0233-**-****																																