

# 国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号 (8桁の番号)	税国	<input type="text"/>	組合員氏名				
	(フリガナ) 氏 名	<input type="text"/>			生年月日	年	月	日
	住 所	<input type="text"/>						
振 込 先	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・本店営業部 本所・支所 その他( )			
	預金別	普通・当座 その他( )	口座番号		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	口座名義(カタカナ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字として、姓と名の間は1文字空けてください。						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>組合員氏名 <input type="text"/> 印</p> <p style="text-align: right;">近畿税理士国民健康保険組合 理事長 殿</p>								

## 【受取代理人の欄】(組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

組 合 員	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	<input type="text"/> 印	住所 同上
代 理 人 (口座名義人)	〒 -		組合員との関係
	(フリガナ) 氏 名	<input type="text"/> 印	
保 険 者 記 入 欄	支給決定額		
<input type="text"/>			

記入例

## 国民健康保険傷病手当金支給申請書(組合員記入用)

被保険者情報	被保険者証 記号番号 (8桁の番号)	税国	1	2	3	4	5	0	0	2	組合員氏名	国保 太郎						
	(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	△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号																
振込先	金融機関 名称	国保					銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )					中央 本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( )						
	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	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文字として、姓と名の間は1文字空けてください。																
上記のとおり申請します。																		
令和 2 年 6 月 1 日																		
住所 電話番号 012-3456-7890																		
△△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号																		
組合員氏名 国保 太郎 国保 印																		
近畿税理士国民健康保険組合 理事長 殿																		

## 【受取代理人の欄】(組合員以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

組合員	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 2 年 6 月 1 日															
	氏名	国保 太郎 国保 印					住所	同上								
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市〇〇町1丁目2番3号											組合員との関係				
	(フリガナ)	コクホ イチロウ											子			
氏名	国保 一郎 国保 印															
保険者 記入欄	支給決定額															
	46,669円															

# 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	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 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 年 月 日 ( 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 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 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)			
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から	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。)	日
	令和 年 月 日まで		
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"/>

(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③～⑦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		
	事業所名称		
	事業主氏名		Ⓜ
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)

被保険者氏名	国保 一郎		
症状が出た日	令和 2 年 3 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 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		
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 3 月 13 日		
	令和    年    月    日		
	令和    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)			
④療養のために 休んだ期間	令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 27 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	□□□□□□□□	

(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③～⑦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		
	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(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																				
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を×、有給休暇の日を△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	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
令和	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)								
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		
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の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい	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 type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算	締日	日											
		2. いいえ						支払日	1. 当月		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。																				
事業主が証明するところ	区	期	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~												
				月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 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	□□□□□□□□			□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□							
	手当	□□□□□□□□			□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□							
	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。																				
上記のとおり相違ないことを証明します。												令和 年 月 日								
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																

※②において通勤手当は非課税対象のため含みません。

## 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		国保 一郎			
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を×、有給休暇の日を△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 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)			
令和元年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	9 日			
令和2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	8 日			
令和2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 日 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 日		
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。					
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期 区	単価(円)	12月1日～12月31日分 (A)支給額(円)	1月1日～1月31日分 (B)支給額(円)	2月1日～2月29日分 (C)支給額(円)
	基本給	1000000	1000000	1000000	1000000
	時給				
	家族手当	50000	50000	50000	50000
	資格手当	50000	50000	50000	50000
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計	1100000	1100000	1100000	1100000
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)	
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。 家族手当は満額支給。基本給と資格手当をその月の出勤日数で除した金額を控除。					
令和2年6月5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		▲▲県●●市■町1丁目5番6号			
事業所名称		近税 税理士事務所			
事業主氏名		近税 次郎		近税 印	
担当者氏名	近税 花子	電話番号	06-1234-5678		

※②において通勤手当は非課税対象のため含みません。

# 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																			
	傷病名		初診日	令和 年 月 日																
	発病年月日		令和 年 月 日		発病の原因															
	労務不能と認められた期間		令和 年 月 日から																	
			令和 年 月 日まで																	
	うち、入院期間		令和 年 月 日から		療養費用の種別		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他													
			令和 年 月 日まで		転帰		<input 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	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				
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		
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)																				
												手術年月日		令和 年 月 日						
												退院年月日		令和 年 月 日						
症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																				
令和 年 月 日																				
上記のとおり相違ありません。																				
医療機関の所在地																				
医療機関の名称																				
医師の氏名																				
⑩ 電話番号																				

## 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 意見を入 入するこ ところ	患者氏名	国保 一郎						
	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)				
		令和 2 年 3 月 31 日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 <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 2 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 31	診療 実日数	22	日	
		令和 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	
		令和 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、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 6 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1番1号							
医療機関の名称	国保総合病院							
医師の氏名	保健 四朗		⑨	電話番号	345-678-9012			