附則別記様式その１（附則第３項関係）

 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情　　報 | 被保険者証記号番号 |  | 世帯主氏名 |  |
| ﾌﾘﾅｶﾞ氏　　名 |  | 生年月日 |  |
|  |
| 住　　所 |  |
| 振 込 先 | 金融機関名　　称 | 銀行農協 | 本店・支店出張所本所・支所 |
| 預金種別 | 普通・当座その他（　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（ｶﾀｶﾅ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※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。　　　　　年　　月　　日　住　　　所　世帯主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高根沢町長　様 |

【受領代理人の欄】（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。　年　　月　　日住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理人(口座名義人) | 住　　所 | 世帯主との関係 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者記入欄 | 支給決定額 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

附則別記様式その２（附則第３項関係）

 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 | 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 | 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 |
| ②医療機関の受診日（①で「受診した」と回答した場合） | 年　　月　　日 |
| 年　　月　　日 |
| 年　　月　　日 |
| ③症状（期間などを具体的に）（①で「受診していない」と回答した場合） |  |
| ④療養のために休んだ期間 | 　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日　まで |
| ⑤上記の期間のうち、勤務が出来なかった日数※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 |
| 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。また今後、受けられますか。 | １　はい　　　２　いいえ |
| ⑦⑤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。 | 　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日　まで給与等の額：　　　　　　　　　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 | 　　　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 |  |

附則別記様式その３（附則第３項関係）

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主が証明するところ | 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に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 |
| 年　　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 1617 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 1617 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に属する月の直近３カ月の勤務状況。【出勤は〇】、【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（〇、△、＝の計） |
| 年　　月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 1617 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 1617 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 1617 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 1617 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 日 |
| 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 | □月給　　□時間給□日給　　□歩合給□日給月給□その他 | 賃金計算 | 締　日　　　　日 |
| 支払日　　　　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。 |
|  | 区分/期間 | 単価（円） | 月　　日～月　　日分 | 月　　日～月　　日分 | 月　　日～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 |  |  |  |  |
| 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。 |
| 　　年　　月　　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　事業所　名　称　事業主　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 担当者氏名 |  | 電話番号 |  |

附則別記様式その４（附則第３項関係）

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 | 年　　月　　日 |
| 発病年月日 | 年　　月　　日 | 発病の原因 |  |
| 労務不能と認めた期間 | 年　　月　　日から |
| 年　　月　　日まで |
| うち入院期間 | 年　　月　　日から | 療養費用の種別 | □国保　□公費（　　　）□自費　□その他 |
| 年　　月　　日まで | 転帰 | □治癒　□中止□繰越　□転医 |
| 診療日及び入院していた日を〇で囲んでください。 | 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 |
| 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 |
| 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） |
|  | 手術年月日 | 年　　月　　日 |
| 退院年月日 | 年　　月　　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 |
|  |
| 　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　 |