

国民健康保険傷病手当金支給申請書 兼 請求書

朝倉 太郎

被保険者情報	被保険者証 記号番号	0010010010	世帯主氏名	朝倉 太郎								
	(フリガナ)	アサクラ ジロウ			生年月日	平成 3年 2月 12日						
	氏名	朝倉 次郎										
	住所	朝倉市 秋月 5555番地 10										
振込先	金融機関 名称	あさくら	銀行 信用組合 農協 その他 ()	秋月					本店 支店 出張所 その他 ()			
	預金種別	普通 その他()	当座	口座番号		4	2	1	3	5	4	4
	口座名義 (カタカナ)	ア	サ	ク	ラ	カ	ス	ミ	世帯主 との続柄		妻	
	※左詰めで記入してください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字として、姓と名の間は1マス空けてください。											
上記のとおり、申請及び請求します。 なお、支給決定後は上記の口座に振り込まれますよう依頼いたします。												
朝倉市長 殿 令和 4 年 7 月 29 日												
申請者 (世帯主)	〒 838 - 0001											
	住所	朝倉市 秋月 5555番地 10										
	氏名	朝倉 太郎	電話番号	090 - 9999 - xxxx								

【受取代理人の欄】 (同一世帯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 7 月 29 日										
	氏名	朝倉 太郎			住所	朝倉市 秋月 5555番地 10					
代理人 (口座名義人)	〒 838 - 1301										世帯主との関係 妻
	住所	朝倉市 烏集院 □□□□番地 ××									
	(フリガナ)	アサクラ カズミ									
氏名	朝倉 和美										

保険者 記入欄	支給決定額										

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(被保険者記入用)

例

被保険者氏名	朝倉 次郎		
医療機関を受診した場合			
症状が出た日	令和 4 年 5 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 5 月 14 日 (午後 2 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「1. 受診した」と回答した場合)	令和 4 年 5 月 1 4 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③ 症状(期間などを具体的に) (①で「2. 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	令和 4 年 5 月 11日から 令和 4 年 6 月 9日まで	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>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。</small>	20 日
⑥ 上記④の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けられましたか。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ		
⑦ ⑥で「1. はい」と回答した場合 その給付等の額と、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 4 年 5 月 11日から 令和 4 年 5 月 15日から	給与等の額 (円)	50,000

※ 上記 ① において、「2. 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	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		
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)

例

被保険者氏名	朝倉 次郎		
症状が出た日	令和 4 年 5 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 5 月 14 日 (午後 2 時頃)
① 医療機関の受診状況	1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない <input checked="" type="radio"/>		
② 医療機関の受診日 (①で「1. 受診した」と回答した場合)	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③ 症状(期間などを具体的に) (①で「2. 受診していない」と回答した場合)	令和2年5月10日早朝から 38.5℃ の発熱と強いだるさと息苦しさを感ずる。 5月12日には、37.0℃前後となり、その後症状は徐々に改善した。		
④ 療養のために休んだ期間	令和 4 年 5 月 11日から 令和 4 年 5 月 20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④の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けられましたか。または、今後受けられますか。	1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ <input type="radio"/>		
⑦ ⑥で「1. はい」と回答した場合 その給付等の額と、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 4 年 5 月 11日から 令和 4 年 5 月 15日から	給与等の額 (円)	50,000

※ 上記 ① において、「2. 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	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 4 年 6 月 20 日
	事業所所在地	福岡県朝倉市菩提寺41□2番地9009	
	事業所名称	甘木朝倉杷木国民健康保険研究所	
	事業主氏名	甘木 一子	
担当者氏名	杷木 花子	電話番号	0946 - 2x - 1129

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (事業主記入用)

例

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		朝倉 次郎			
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。 なお、出勤は ○、有給休暇は △、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 / を表示してください。		左記の事由による 無給休暇の日数 (× の計)	賃金が生じる 日数の計 (○、△、=の計)		
令和 4年 5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	8 日		
令和 4年 6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	4 日	12 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	日	日		
上記①の期間に対して、賃金を支払いましたか？(支払い予定を含む) 1. はい 2. いいえ		給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input checked="" 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 支払日	日 日 1 当月 2. 翌月 1 日	
上記①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(する)賃金内訳	期間 区分	単価 (円)	5月 1日 ~ 5月31日 分 (A)支給額(円)	6月 1日 ~ 6月30日 分 (B)支給額(円)	月 日 ~ 月 日 分 (C)支給額(円)
	基本給	10,000	80,000	120,000	
	計		80,000	120,000	
	賃金支給総額(上記(A) ~ (C)の合計)			200,000 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。				

裏面もご記入ください→

(おもて)

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(事業主記入用)

例

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か月前の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		朝倉 次郎				
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。				左記の事由による無休休暇の日数(×の計)	賃金が生じる日数の計(○、△、=の計)	
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	0 日	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	0 日	15 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	0 日	17 日			
上記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 type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 _____ 日 支払日 _____ 日 1. 当月 2. 翌月			
上記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(する)賃金内訳	期間 区分	単価 (円) (D)支給額(円) (E)支給額(円) (F)支給額(円)	2月 1日 ~ 2月29日 分	3月 1日 ~ 3月31日 分	4月 1日 ~ 4月30日 分	
	基本給	8,000	64,000			
	基本給	10,000		150,000	170,000	
	計		64,000	150,000	170,000	
	賃金支給総額(上記(D) ~ (F)の合計)			384,000 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 4 年 6 月 20 日			
事業所所在地	福岡県朝倉市菩提寺41□2番地9009					
事業所名称	甘木朝倉杷木国民健康保険研究所					
事業主氏名	甘木 一子					
担当者氏名	杷木 花子	電話番号	0946 - 2x - 1129			

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(医療機関記入用)

医療機関を受診していない場合は、この様式は不要です。

例

患者氏名	朝倉 次郎		
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 4 年 5 月 1 4 日
発病年月日	令和 4 年 5 月 1 0 日	発病の原因	不詳
労務不能と認められた期間	令和 4 年 5 月 1 1 日 から 令和 4 年 6 月 9 日 まで		
うち、入院期間	令和 4 年 5 月 1 4 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 6 月 9 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 5 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 18 日
	令和 4 年 6 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 9 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)			
医療機関担当者が意見を記入するところ	新型コロナ感染症の感染の疑いのため、5/14初診。肺炎の症状がみられたため同日から入院。検査の結果陽性。2週間程度で症状の改善が見られ、6/9の検査結果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 4 年 6 月 9 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。			
上記のとおり相違ありません。			令和 4 年 7 月 28 日
医療機関の所在地	△△県◇◇市××町1丁目2番3号		
医療機関の名称	福岡朝倉国保総合病院	(電話番号)	
医師の氏名	杷木 治郎乃介	345-678-9012	