

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被 休 業 し た 被 保 険 者	被保険者証 記号番号	02-12345678	世帯主との 続柄	子							
	(フリガナ) 氏名	コクホ ジロウ 国保 二郎		生年月日	昭和 平成	元	年	4	月	1	日
	住所	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・信金・信組 農協・漁協・労金	中央	本店・支店 出張所						
	預金別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	コ	ク	ホ	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 2 年 5 月 20 日 住 所 〇〇市〇〇町1丁目2番3号 世帯主氏名 国保 太郎 電話番号 0855-25-9413 浜 田 市 長 様											

【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 2 年 5 月 20 日	
	氏名 国保 太郎	住所 (同上)
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 〇〇市〇〇町1丁目2番3号	世帯主との関係
	(フリガナ) コクホ ジロウ 氏名 国保 二郎	子

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	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	国保 二郎
--------	-------

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	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 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(具体的に)			
③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	④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
⑤ 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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ		
⑥ ⑤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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(上記①において「受診していない」と回答した場合及び「受診した」と回答したが医療機関記入用申請書を省略する場合は、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③～⑥の内容	令和 年 月 日	証明します。
	事業所所在地	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>「医療機関記入用」申請書が添付できないとき(添付不要期間を含む)には、この欄に事業主の証明をもらってください。この証明があれば、「医療機関記入用」申請書は必要ありません。</p> </div>	
	事業所名称		
	事業主氏名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
担当者氏名		電話番号	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>事業主氏名が事業主による自署の場合は、押印の必要はありません。代筆・ゴム印等の場合には押印してください。</p> </div>

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	国保 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(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													
	労務不能と認められた期間	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		療養費用の種類別	<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 2 年 3 月 31 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 2 年 3 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 22 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	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 5 月 20 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2番3号																
医療機関の名称		国保総合病院																
医師の氏名		国保 四郎																
											電話番号 345-678-9012							
医師氏名が医師本人による自署の場合は、押印の必要はありません。代筆・ゴム印等の場合には押印してください。																		