

## 記入例

## 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	1234567	世帯主氏名	国保 一郎									
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 平成	元	年	1	月	1	日	
	氏名	国保 二郎											
	住所	松本市□□町1丁目2番3号											
チ ど エ ッ ク か に レ 点	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。(松本市に住居登録のある世帯主の口座に限ります。利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。												
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。												
	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							
振込先	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	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8月30日													
住 所			電 話 番 号 012-3456-7890										
松本市□□町1丁目2番3号													
世帯主氏名 国保 一郎			松 本 市 長										

【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8月30日											
	氏名	国保 一郎			住所	同上						
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 △△県〇〇市□□町1丁目2番3号											
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			世帯主との関係							
	氏名	国保 二郎			子							
保険者 記入欄	支給決定額											
	(記入不要) 円											


# 記入例

## 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4年8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8月11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 4 年 8 月 11 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4年8月11日から 令和4年8月20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。	1. はい      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 令和   年   月   日まで	(給与等の額:円)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							

(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 4年 8月 25日		
	上記③～⑥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    ▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所名称      (株)国保サービス		
事業主氏名      国保 花子			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890



## 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	初診日	令和 4 年 8 月 11 日																	
	発病年月日	令和 4 年 8 月 10 日			発病の原因	不詳															
	労務不能と 認められた期間	令和 4 年 8 月 11 日から																			
		令和 4 年 8 月 20 日まで																			
	うち、入院期間	令和 4 年 8 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)																
		令和 4 年 8 月 15 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 4 年 8 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	5	日	
		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	
		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	
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、8/11初診。検査の結果陽性であり、高熱により同日から入院。8/15に実施した検査において陰性となったため自宅療養へ。												手術年月日	令和 年 月 日								
												退院年月日	令和 4年 8月 15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																					
高熱の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、自宅療養が必要であったため、自宅療養終了期間までは労務不能と判断した。																					
																		令和 4 年 8 月 15 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					