

別記様式（第2条関係）

（その1）

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	岸国 1234567	世帯主氏名	国保 一郎										
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	平成 元 年 1 月 1 日								
	氏名	国保 二郎												
住所	〒596-1234 岸和田市 □□町1丁目2番3号													
振込先	金融機関 名称	国保				中央								
	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4月1日														
住所 大阪府岸和田市□□町1丁目2番3号 電話番号 012-3456-7890														
世帯主氏名 国保 一郎														
岸和田市長 永野 耕平 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。												
	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											
	氏名	国保 二郎			子								

保険者 記入欄	支給決定額												

(その2)

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2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2月 10日
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 2 月 11 日		
	年 月 日		
	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)			
④療養のために 休んだ期間	令和4年2月10日から 令和4年2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。 〕	8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④～⑦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	

(その4)

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 2 月 11 日								
	発病年月日	令和 4 年 2 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 2 月 10 日から										
		令和 4 年 2 月 20 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 checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他								
		令和 年 月 日から	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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	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	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)												
新型コロナ感染症の感染の疑いのため2/11に初診し、検査の結果陽性。新型コロナ感染症であると認め、2/20まで自宅療養を要すると診断。			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の職種について労務不能と認められた医学的な所見												
新型コロナ感染症への感染により労務不能であり、自宅療養が必要である。												
令和 4 年 4 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												