

阿賀野市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	阿賀野 0123456	世帯主氏名	阿賀野 太郎			
	(フリガナ)	アガノ サクラ		生年月日	大正 昭和 平成	元 年 4 月 1 日	
	氏名	阿賀野 桜					
住所	阿賀野市〇〇町△番☆号						
振込先	金融機関 名称	新潟		銀行	本店・支店		
				金庫	本店営業部		
				信用組合	本所・支所		
				労働金庫	出張所		
				農協	その他()		
		その他()		※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入			
預金種別	普通・当座	口座番号		9	9	9	
	その他()			9	9	9	
(フリガナ)	アガノ サクラ						
口座名義人氏名	阿賀野 桜						
上記のとおり申請します。							
令和 2 年 △ 月 △ 日							
(あて先)阿賀野市長							
	住所	阿賀野市〇〇町△番☆号					
申請人(世帯主)	氏名	阿賀野 太郎					
	電話	0250 (63) 0000					
【受取代理人委任欄】(世帯主以外の方が受領する場合は記入が必要です。□に✓を入れ、代理人欄を記入の上押印してください。)							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請に基づく手当金の受領を下記の代理人に委任します。							
代理人	住所	〒 959 - 0000 阿賀野市〇〇町△番☆号					
	氏名	阿賀野 桜					
	世帯主との関係	子の妻					

保険者記入欄

支給決定額

円

阿賀野市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	阿賀野 桜
--------	-------

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 (13 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	(①で「受診した」と回答した場合) 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	
③	(①で「受診していない」と回答した場合) 症状(期間などを具体的に)		
④	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	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日数	日
		[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
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、下記の事業主記入欄に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	----- (印)	
担当者氏名		電話番号	

国民健康保険 傷病手当金支給に関する証明書(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。

被保険者氏名		阿賀野 桜			
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。			左記の事由による 無給休暇の日数		
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	10 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			
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。			賃金が生じた日数の計 (○、△、=の計)		
令和元年12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		
令和2年1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	8 日		
令和2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	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	日		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか	1. はい	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 checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日 毎月末 日		
	2. いいえ		支払日 1. 当月 2. 翌月 25 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。					
支給した賃金内訳	期間	単価(円)	12月1日～12月31日分	1月1日～1月31日分	2月1日～2月29日分
	区分		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給	10000	90000	80000	100000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
計		90000	80000	100000	
賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)			270000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。					
令和 2 年 △ 月 〇 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	新潟県新潟市〇〇区〇△二丁目3番4号				
事業所名称	(株) ■●産業				
事業主氏名	■● 義男				
担当者氏名	□〇 花子	電話番号	025(999)1111		

事業主が証明するところ

国民健康保険 傷病手当金支給に関する意見書(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	阿賀野 桜						
	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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				診療実日数	22 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)								
新型コロナウイルス感染症感染の疑いのため、3/10初診。検査の結果陽性であり、また肺炎の症状が見られたため同日入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3/31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	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、入院期間中は労務不能と判断した。								
令和 2 年 〇 月 △ 日								
上記のとおり相違ありません。								
医療機関の所在地	新潟県新潟市●●区■■町一丁目2番3号							
医療機関の名称	△〇総合病院							
医師の氏名	白鳥 瓢子			電話番号	025 (123) 0000			