

# 記入例

様式第1号（第2条関係）

## 那珂市国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

那珂市国民健康保険新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給に関する条例施行規則第2条の規定により、次のとおり申請します。

|  |                 |                  |           |                    |             |   |   |   |   |   |   |
|--|-----------------|------------------|-----------|--------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>(療<br>養<br>者)  | 被保険者証           | 記号<br>那珂         | 番号<br>456 | 世帯主<br>氏名<br>国保 一郎 |             |   |   |   |   |   |   |
|  | (フリガナ)<br>氏名    | コクホ ジロウ<br>国保 二郎 |           | 生年月日               | 平成 元年 1月 1日 |   |   |   |   |   |   |
| 振<br>込<br>先  | 金融機関等<br>名称     | 国保銀行             |           | 支店等名               | 本店          |   |   |   |   |   |   |
|  | 口座種別            | 普通               |           | 口座番号               | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  | (フリガナ)<br>口座名義人 | コクホ ジロウ<br>国保 二郎 |           |                    |             |   |   |   |   |   |   |
| <p>那珂市長 様</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 2年 5月 15日</p> <p style="text-align: right;">住所 那珂市菅谷1番地</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 国保 一郎 </p> <p style="text-align: right;">(世帯主) 電話番号 029-298-0000</p> |                 |                  |           |                    |             |   |   |   |   |   |   |

【受取代理人の欄】（世帯主以外のかたが受領する場合は、記入が必要です。）

|                |   |
|----------------|---|
| 世帯主            | <p>本申請に基づく傷病手当金の受領を下記の代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 2年 5月 14日</p> <p>住所 那珂市菅谷1番地</p> <p>氏名 国保 一郎 </p> |
| 代理人<br>(口座名義人) | <p>住所 那珂市菅谷1番地</p> <p>氏名 国保 二郎  世帯主との続柄 (子)</p>  |

# 記入例

様式第2号（第2条関係）

那珂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<br>(療養者) 氏名  | 国保 二郎  |                             |  |
| 症状が出た日  | 令和2年4月3日   | 帰国者・接触者<br>相談センターへ<br>の相談日時 | 令和2年4月3日<br>(午前11時頃)<br><input type="checkbox"/> 相談していない |
| ①医療機関の受診状況  | <input checked="" type="radio"/> 1 受診した                      2 受診していない |                             |  |
| ②医療機関の受診日<br>※①で「受診した」と回答<br>した場合   | 令和2年4月5日   |                             |  |
| ③症状（具体的に）<br>※①で「受診していないと<br>回答した場合   |  |                             |  |
| ④療養のために休んだ期間  | 令和2年4月3日～ 令和2年5月11日  |                             |  |
| ⑤上記④の期間のうち、勤務ができなかった日数<br>※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<br>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きます。 | 23日  |                             |  |
| ⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払<br>を受けましたか。又は今後受けられますか。  | 1 はい <input checked="" type="radio"/> 2 いいえ                            |                             |  |
| ⑦上記⑥で「はい」と回答した場合、<br>その給与等の額と、その支払の対象<br>となった（なる）期間をご記入くだ<br>さい。                            | 令和    年    月    日<br>～ 令和    年    月    日                               |                             |  |
|   | 給与等の額  | 円                           |  |

※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<br>記載<br>欄 | <p>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。</p> <p>令和    年    月    日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話番号</p> | <p>⑨</p> <p>担当者氏名</p> |
|----------------|--|-----------------------|

# 記入例

様式第3号（第2条関係）

## 那珂市国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかつ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。

|   |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|---|---|--|----------------------|------------|------------|---------------------|------|--------|----|---------|----|----|----|----|----|----|----|
| 事業主が証明するところ                                     | 被保険者（療養者）氏名   |  | 国保 二郎                |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 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つた期間の属する月の勤務状況<br>※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4月  | 1  | 2                    | ×          | 4          | 5                   | ×    | ×      | ×  | ×       | ×  | 11 | 12 | ×  | ×  | ×  | ×  |
|   |   | ×  | ×                    | 18         | 19         | ×                   | ×    | ×      | ×  | ×       | ×  | 25 | 26 | ×  | ×  | ×  | 31 |
|   | 令和2年5月  | 1  | 2                    | 3          | 4          | 5                   | 6    | ×      | ×  | 9       | 10 | ×  | 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つた期間の属する月の直近3か月の勤務状況<br>※〔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／〕をそれぞれ記載してください。 |  |                      |            |            | 賃金が生じた日数の計（○、△、＝の計） |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 令和2年1月  | 1  | 2                    | 3          | 4          | 5                   | ⑥    | ⑦      | ⑧  | ⑨       | ⑩  | 11 | 12 | 13 | △  | △  |    |
|   |   | △  | △                    | 18         | 19         | ⑳                   | ㉑    | ㉒      | ㉓  | ㉔       | ㉕  | ㉖  | ㉗  | ㉘  | ㉙  | ㉚  | ㉛  |
|   | 令和2年2月  | 1  | 2                    | 3          | ④          | ⑤                   | ⑥    | ⑦      | 8  | 9       | △  | 11 | ⑫  | ⑬  | ⑭  | 15 |    |
|   | 16  | ⑰  | ⑱                    | ⑲          | ㉑          | ㉒                   | ㉓    | ㉔      | ㉕  | ㉖       | ㉗  | ㉘  | ㉙  | ㉚  | ㉛  | ㉜  |    |
| 令和2年3月  | 1   | ②  | ③                    | ④          | ⑤          | ⑥                   | 7    | 8      | △  | △       | ⑪  | ⑫  | ⑬  | ⑭  | 15 |    |    |
|   | ⑰   | ⑱  | ⑲                    | ㉑          | ㉒          | ㉓                   | ㉔    | ㉕      | ㉖  | ㉗       | ㉘  | ㉙  | ㉚  | ㉛  | ㉜  | ㉝  |    |
| 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の期間に対して賃金を支払いましたか。                             |   | はい   |                      | 給与の種類      | 日給         |                     | 賃金計算 | 締日 毎月末 |    | 支払日 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）は除きます。 |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 支給した賃金内訳  | 期間  | 単価（円）  | 1月1日～1月31日           | 2月1日～2月29日 | 3月1日～3月31日 |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 区分  |  | (A) 支給額（円）           | (B) 支給額（円） | (C) 支給額（円） |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 基本給   | 100,000  | 100,000              | 85,000     | 105,000    |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 時給  |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 通勤手当  | 5,000  | 5,000                | 5,000      | 5,000      |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 現物給与  |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   | 計   | 105,000  | 105,000              | 90,000     | 110,000    |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
|   |   |  | 賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計） |            | 305,000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。                   |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 日給 5,000円                                       |   | 305,000円 ÷ 58日 ≒ 5,260円（10円単位で四捨五入） × 23日                          |                      |            | 会社が支給した分   |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| ①に対して算定される賃金の額                                  |   | 120,980円   |                      | 支給した賃金の額   | 0円         |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。                             |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 令和2年 5月 20日                                     |   | 支給対象となる金額は、<br>（直近3カ月間の給与収入の合計額 ÷ 勤務日数）<br>× 2/3 × （支給対象日数）で計算されます |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業所所在地 那珂市菅谷〇〇番地                                |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業所名称 ひまわり商事                                    |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業主氏名 那珂 太郎                                     |   |  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |
| 電話番号 029-000-0000                               |   | 担当者氏名 〇〇 〇〇  |                      |            |            |                     |      |        |    |         |    |    |    |    |    |    |    |

5,260円 × 2/3 ≒ 3,507円（1円単位で四捨五入） × 22日 = 77,154円（支給対象額）

# 記入例

様式第4号（第2条関係）

那珂市国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

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つた期間に関する状況をご記入ください。

|  |                         |                           |   |              |
|--|-------------------------|---------------------------|---|--------------|
|  | 患者氏名                    | 国保 二郎                     | 生年月日  | 平成 元年 1月 1日  |
|  | 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4月5日     |
|  | 発病年月日                   | 令和2年4月3日                  | 発病の原因   | 不詳           |
|  | 労務不能と認められた期間            | 令和2年4月5日から<br>令和2年5月11日まで |   |              |
|  | うち入院期間                  | 令和2年4月5日から<br>令和2年5月11日まで | 療養費用の種別   | 公費（感染症）      |
|  |                         |                           | 転帰  | 治癒           |
| 医療機関が記入するところ   | 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4月                    | 1 2 3 4 ⑤ 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br><del>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31</del> | 診療実日数<br>27日 |
|  |                         | 令和2年5月                    | <del>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</del> ⑪ 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  | 診療実日数<br>11日 |
|  |                         | 年 月                       | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15<br>16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31            | 診療実日数<br>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、4/5初診。検査の結果は陽性。肺炎の症状がみられたため同日から入院。5週間程度で症状の改善が見られ、5/11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5月11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。<br>令和2年5月20日<br>医療機関の所在地 茨城県水戸市本町○番地<br>医療機関の名称 国保総合病院<br>医師の氏名 国保 太郎 <span style="color: red; font-weight: bold;">国保</span><br>電話番号 029-231-0000 |                         |                           |   |              |