

| | |
|-----|------|
| 受 付 | 受付場所 |
| | |

国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

(宛先) 松 山 市 長

国民健康保険傷病手当金の支給を、次のとおり申請します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|----------|---|--|------|---------|--|--|-----|--|--|
| 世帯主 | 被保険者証記号 | 松国保 | 番号 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 電 話 | | |
| 受取金融機関 | 金融機関名 | 本・支店名 | 口座番号 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 | <input type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 | 普・当 | | | | | | |
| 来庁者の身元確認 | 住所 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ。 | | | | | | | |
| <1点> | 氏名 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ。 | | 世帯主との続柄 | | | | | |

来庁者の身元確認

<1点>

マイナンバー
免許証
住基カ
パスポート
身障手帳
在留カ
()

<2点>

健保険証
介保険証
年金手帳
医療受給
()

| | | | | | |
|-----|----|------|---|---|---|
| 対象者 | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|------|---|---|---|

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|----------|
| 労務に服することができなくなった日 | 令和 年 月 日 | 左記から起算して3日を経過した日 | 令和 年 月 日 |
| 労務に服することができなかった期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで () 日間 | | |
| 上記のうち、 労務に服すること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。 | |

医療機関受診
有・無

| | | |
|------|-------------------------------|-----|
| 支給内訳 | ① 1日当たりの支給額 () × ()日 = ()円 | 支給額 |
| | ① 1日当たりの支給額 () × ()日 = ()円 | |
| | ① 1日当たりの支給額 () × ()日 = ()円 | |
| | ① 1日当たりの支給額 () × ()日 = ()円 | |
| | | 円 |

記載上の注意
 ○太線内のみ記入してください。
 ○世帯主と口座名義人が異なる場合は委任状、世帯主が死亡の場合は念書が必要です。
 (戸籍謄本が必要な場合もあります。)

委任状

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

私が松山市より支給を受ける傷病手当金の受領について、以下の者に委任します。

| 委任者(申請者) | | | | 受任者(口座名義人) | | | |
|----------|-----|----|-----------|------------|-----|----|-----------|
| 住所 | 松山市 | | | 住所 | 松山市 | | |
| | 町 | 丁目 | 番地 番 号 | | 町 | 丁目 | 番地 番 号 |
| 氏名 | | | | 氏名 | | | |

念書

令和 年 月 日

(宛先) 松山市長

死亡者 氏名

相続人 住所

氏名

続柄

令和 年 月 日 の死亡により、傷病手当金の申請及び受領について、
相続人の間で異議が生じて、私が全責任を持って解決し、松山市には一切御迷惑はおかけいたしません。

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 | | | |
| 症状が出た日 | 令和 年 月 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してください。 | 令和 年 月 日 (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 年 月 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(期間などを具体的に) | | | |
| ④療養のために休んだ期間 | 令和 年 月 日から | 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。 | 日 |
| | 令和 年 月 日まで | | |
| ⑥ | 上記の療養のために休んだ期間に係る給与等の支払いを受け、又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、その給与等の支払の対象となった(なる)期間を記入してください。 | 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"/> <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」と回答した場合は、以下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 | | (印) | |
| 担当者氏名 | | | 電話番号 |

※代表者の印を押してください(社印不可)。

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

○社会保険等に休業期間中の傷病手当に相当する給付金を既に申請していますか。 はい ・ いいえ

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記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|------------|---|--|------------|--|-------|------------|---|--|-------------------------------|----|
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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 | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 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箇月の勤務状況 【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合計(○、△及び=の合計)及び時間の合計 | |
| 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 | 時間 |
| 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 | 時間 |
| 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 | 時間 |
| 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 | 時間 |
| ②の期間に対して、賃金を支払いましたか？ | | 1. はい 2. いいえ | | 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 type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 | | 賃金計算 | | 締日 | | 日 | | | |
| | | | | | | 支払日 | | 1. 当月 | | 日 | | | |
| | | | | | | | | 2. 翌月 | | 日 | | | |
| ②の期間の課税対象となる賃金支給状況を記入してください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主が証明するところ | 期間 区分 | 単価(円) | 月 日 ~ | | | 月 日 ~ | | | 月 日 ~ | | | | |
| | | | 月 日 分 | | | 月 日 分 | | | 月 日 分 | | | | |
| | | | (A) 支給額(円) | | | (B) 支給額(円) | | | (C) 支給額(円) | | | | |
| | 基本給 | | | | | | | | | | | | |
| | 時給 | | | | | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | | | | | |
| | 手当 | | | | | | | | | | | | |
| | 歩合給 | | | | | | | | | | | | |
| | 現物給与 | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) | | | | | | 円 | | | |
| 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 (印) | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |

※代表者の印を押してください(社印不可)。

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | | | | | | | | | 初診日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 発病の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 労務不能と認められた期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の期間のうち、入院期間 | 令和 | 年 | 月 | 日から | 療養費用の種別 | <input type="checkbox"/> 国保 | <input type="checkbox"/> 公費() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | 転帰 | <input type="checkbox"/> 自費 | <input type="checkbox"/> その他 | <input 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 | 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 | 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 | 診療実日数 | 日 | | | | | | | | | | | |
| 上記の期間中の「主たる症状及び経過」、「治療内容、検査結果及び療養指導」等(詳しく記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 Ⓜ 電話番号</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |