

新型コロナウイルス感染症に係る
中野区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	14- 〇〇 - 〇〇〇〇	世帯主氏名	保険 太郎			
	(フリガナ) 氏名	ホケン ハナコ 保険 花子		生年月日	昭和55年 5月 5日		
	住所	中野区中野4-8-1					
	診療内容等	別添のとおり					
振込口座	金融機関 名称	中野	銀行・信用金庫 信用組合	中野	本店・支店 出張所	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	口座種別	普通 当座	口座番号(7ケタ)	1	1	1	1
	フリガナ	ホケン タロウ		※振込口座は原則世帯主名義の口座 となります。 世帯主以外の口座に振込希望の場合は 別途委任状を添付してください。			
	口座名義人	保険 太郎					
<p>上記のとおり傷病手当金支給に関する証拠書類を添えて申請します。 併せて、支給決定を受けた支給額について、上記振込口座への入金を依頼します。</p> <p>令和4年 7月 15日</p> <p>中野 区長 あて</p> <p>住所 <u>中野区中野4-8-1</u></p> <p>電話番号 <u>03-0000-0000</u></p> <p>申請者氏名 (世帯主) <u>保険 太郎</u></p>							



※スタンプ印
不可



※スタンプ印
不可

本申請書及び添付書類の記載内容が事実であることを誓約します。

※必ずチェックしてください。

保険者 記入欄	支給決定額
	※この欄は記入しないでください。 円

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る
中野区国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者証 記号番号	14-〇〇	〇〇〇〇	被保険者氏名	保険 花子	
症状が出た日	令和4年 3月 15日	帰国者・接触者相談センター又は かかりつけ医への相談日	令和4年 3月 16日 (午後2時頃)		
①医療機関の受診状況	<input checked="" type="radio"/> 1. 受診した <input type="radio"/> 2. 受診していない				
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答 した場合)	令和4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
	令和4年4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
	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
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4年 3月 16日から	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 <small>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。</small>	6日		
	令和4年 3月 26日まで				
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。	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 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 が	年 月 日から	(給与等の額:円)		
	※必ずチェックしてください。	年 月 日まで	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> 申請内容の審査のため、中野区が事業主・療養行為を行った者等に照会を行い、当該者から 照会に対する情報の提供を受けることに同意します。					

(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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <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>事業所の所在地</p> <p>事業所の名称</p> <p>事業主の氏名 (印)</p>
担当者氏名	電話番号

新型コロナウイルス感染症に係る 中野区国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

記入例


労務に服することができなかった期間を含む給与等計算期間の勤務状況及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		保険 花子														
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4年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	×	×	×						×	×	×					
令和4年4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
				7	日											
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4年1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	/				○	○		○	○				○	○	
令和4年2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	○	○	○	○	○	○		○	○		○	○	△		
令和4年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	×	×	×	×					×	×	×					
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？				給与の種類	賃金計算	締日	毎月 25 日									
1. はい 2. いいえ				<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	支払日	1. 当月 2. 翌月	10 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。																
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	1月 1日 ~ 1月 31日 分 (A)支給額(円)	2月 1日 ~ 2月 28日 分 (B)支給額(円)	3月 1日 ~ 3月 31日 分 (C)支給額(円)											
	基本給	10000	140000	150000	80000											
	時給															
	超過 勤務 手当	1000	10000													
	手当															
	手当															
	現物給与															
	計		150000	150000	80000											
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			380000 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。																
上記のとおり相違ないことを証明します。							令和4年 7月 6日									
事業所の所在地		東京都中野区△△9-9-9														
事業所の名称		株式会社 国保サービス														
事業主の氏名		国保 一郎														
担当者氏名		国保 二郎		電話番号		123-456-7890										

国保
 ※スタンプ印
不可

新型コロナウイルス感染症に係る
中野区国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

記入例

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ ろ	患者氏名	保険 花子		生年月日	昭和55年 5月 5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4年 4月 16日		
	発病年月日	令和4年 3月 15日		発病の原因	不詳	
	労務不能と 認められた期間	令和4年 3月 16日から	令和4年 3月 26日まで			
	労務不能と認め た期間のうち、 入院期間	令和4年 3月 16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4年 3月 26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3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	11 日	
		令和3年 4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	
		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の感染の疑いのため、3月16日初診。検査の結果陽性であり、肺炎の症状がみられたため同日から入院。2週間程度で症状の改善が見られ、3月26日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	年 月 日		
			退院年月日	令和4年 3月 26日		
症状経過から見て従来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。						
令和4年 7月 10日						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関の所在地	東京都中野区△△10-10-10					
医療機関の名称	国保総合病院					
医師の氏名	国保 三郎			※スタンプ印 不可 電話番号	345-678-9012	