

**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	記号番号	14— —		世帯主氏名			
	(フリガナ) 氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所						
	診療内容等	別添のとおり					
振 込 口 座	金融機関 名称	銀行・信用金庫 信用組合			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)				
	フリガナ						
	口座名義人						

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。

年 月 日

中 野 区 長 あ て

住 所

電 話 番 号

申請者氏名
(世帯主)

印

捨印

☐ 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。

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

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)

記号番号	14—		被保険者氏名																																	
症状が出た日	年	月	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	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																																		
②医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答 した場合)	年	月	<table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>			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
	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	<table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>			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	
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	<table style="width: 100%; text-align: center; font-size: small;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr> </table>			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	
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	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																															
	年	月	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。		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。		年	月	日から																															
	年	月	日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																
☐ 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。																																				

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。					
	事業所の所在地					
	事業所の名称					
	事業主の氏名					(印)
担当者氏名					電話番号	

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											
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								
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
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)								
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
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
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
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 2. いいえ	給与の 種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他	賃金計算	締 日 支払日 1. 当月 2. 翌月	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 区分	単価(円)	月 日 ～ 月 日 分 (A)支給額(円)	月 日 ～ 月 日 分 (B)支給額(円)	月 日 ～ 月 日 分 (C)支給額(円)						
	基本給										
	時 給										
	手当										
	手当										
	手当										
	手当										
	現物給与										
	計										
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)							
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。											
年 月 日											
上記のとおり相違ないことを証明します。											
事業所の所在地											
事業所の名称											
事業主の氏名 (印)											
担当者氏名			電話番号								

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）

医療機関 担当者が 意見を入 れるところ	患者氏名				生年月日		年 月 日					
	傷病名				初診日		年 月 日					
	発病年月日		年 月 日		発病の原因							
	労務不能と 認めた期間		年 月 日から									
			年 月 日まで									
	労務不能と認めた 期間のうち、 入院期間		年 月 日から		療養費用の種別		☐ 国保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他					
			年 月 日まで		転帰		☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医					
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。		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	
			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	
			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）												
					手術年月日		年 月 日					
					退院年月日		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												
年 月 日 上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 印 電話番号												