

## 記入例（公金受取口座を利用しない場合）

様式第1号

## 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	被保険者番号	徳島01・1234567	世帯主氏名	徳島 太郎								
	(フリガナ)	トクシマ ハナコ		個人番号( )								
	氏名	徳島 花子		生年月日	昭和 平成	元	年	1	月	1	日	
		個人番号( )										
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
	金融機関 名称	国保				銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )	中央					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( )
	預金別	普通・当座 その他( )		口座番号			1	1	1	1	1	1
	口座名義(カタカナ)	トクシマ ハナコ										
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。												
上記のとおり申請します。 令和5年2月11日 (宛先)徳島市長 世帯主 住所 徳島市幸町2丁目5番地 氏名 徳島 太郎 電話番号 088-XXXX-XXXX												

## 【受取代理人の欄】（世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和5年2月11日									
	氏名	徳島 太郎	徳島		住所	徳島市幸町2丁目5番地				
受任者 (口座名義人)	〒770-8571 徳島市幸町2丁目5番地									
	(フリガナ)	トクシマ ハナコ				世帯主との関係				
	氏名	徳島 花子	徳島		子					

保険者 記入欄	支給決定額										

## 記入例（公金受取口座利用者）

様式第1号

## 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	被保険者番号	徳島01・1234567	世帯主氏名	徳島 太郎			
	(フリガナ)	トクシマ ハナコ		個人番号( )			
	氏名	徳島 花子		生年月日	昭和 平成	元 年 1 月 1 日	
		個人番号( )					
振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)						
	<input type="checkbox"/> 口座を指定する(下欄に口座情報を記入)						
	マイナンバーに紐付けした口座を利用する場合は こちらにチェック。 ※公金受取口座をご希望の場合、通常より支給に時間がかかる可能性があります。				本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入		
	預金別	その他( )		口座番号			
	口座名義(カタカナ)						
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。							
上記のとおり申請します。							
令和5年2月11日							
(宛先)徳島市長							
			世帯主	住所	徳島市幸町2丁目5番地		
				氏名	徳島 太郎		
				電話番号	088-XXXX-XXXX		

【受取代理人の欄】（世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所	
受任者 (口座名義人)	公金受取口座は世帯主名義の口座のみとなります。		との関係
	氏名		

保険者 記入欄	支給決定額



## 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		徳島 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5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	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				
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9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	5 日			
令和4年10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	15 日			
令和4年11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	15 日			
令和4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	10 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 checked="" 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	締日 19 日		
	2. いいえ		支払日 1. 当月 末 日 2. 翌月		
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	9月20日 ~ 10月19日 分	10月20日 ~ 11月19日 分	11月20日 ~ 12月19日 分	
	区分	単価(円)	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
	基本給				7 9 1 1 1
	時給	8 6 0	7 1 5 9 6	7 7 8 4 1	7 9 1 1 1
	時間外手当	1 0 0 0			5 0 0 0
	通勤手当	1 0 0 0	1 5 0 0 0	1 5 0 0 0	1 5 0 0 0
	手当				
計		8 6 5 9 6	9 2 8 4 1	9 9 1 1 1	
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		2 7 8 5 4 8 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。 別紙給与明細のとおり					
上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 5年 2月 10日	
事業所所在地	徳島市〇〇町1丁目2番3号				
事業所名称	㈱国保サービス				
事業主氏名	国保 一郎				
担当者氏名	△△ △△	電話番号	088-XXXX-XXXX		

## 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	徳島 花子																																				
	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 5 年 1 月 13 日																															
	発病年月日	令和 5 年 1 月 10 日				発病の原因	不詳																															
	労務不能と認められた期間	令和 5 年 1 月 10 日から 令和 5 年 1 月 31 日まで																																				
	うち、入院期間	令和 5 年 1 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 5 年 1 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 5 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	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																			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	
	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、1/13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、1/31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 5 年 1 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 5 年 2 月 10 日														
上記のとおり相違ありません。																																						
医療機関の所在地		徳島市〇〇町1丁目2番地3号																																				
医療機関の名称		国保総合病院																																				
医師の氏名		国保 三郎																								電話番号		088-XXXX-XXXX										