

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	山123・45-67	世帯主氏名	山形 太郎						
	(フリガナ) 氏名	ヤマカタ ベニコ 山形 紅子		生年月日	昭和 平成	元年 3 月 3 日				
	住所	山形市旅籠町**丁目**番**号								
振込先	金融機関名	紅花	銀行 金庫 組合	山形紅花 支店						
	預金種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人 (カタカナ)	ヤマカタ タロウ			世帯主名義の口座情報を記載してください。					
(宛先) 山形市長 令和 4 年 12 月 1 日 住所 山形市旅籠町**丁目**番**号 世帯主 氏名 山形 太郎 電話番号 023-123-4567										
捨印（世帯主印と同じもの）を 枠外に押印してください。										
朱肉印（シャチハタ不可）										

【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	④			住所					
受取 代理人 (口座名義人)	〒	-			世帯主との関係					
	(フリガナ)	世帯主以外の方が受領希望の場合、記入・押印が必要です。								
	氏名	④			世帯主印と別の朱肉印					
	電話番号									

保険者 記入欄	支給決定額									
		円								

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	山形 紅子
--------	-------

症状が出た日	令和 4年 10月 5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	令和 年 月 日 (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		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 4年 10月 5日		
	令和 年 月 日		
医療機関が「労務不能と認めた期間」もしくは、厚生労働省が定める解除基準に基づく期間を記入。濃厚接触のため休んだ期間や事業所都合、解除基準を超え後遺症の療養のために休んだ期間は含めることができません。		事業主記入用申請書の①に係る「左記の事由による無給休暇の日数」を記入して下さい。	
③療養のために休んだ期間	令和 4年 10月 5日から 令和 4年 10月 12日まで	④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。)	4日
⑤ 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		
⑥ ⑤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。	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"/>	

(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	令和 年 月 日
	上記③～⑥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	<input type="text"/>
担当者氏名	電話番号

【注】

- ・事業主証明内容の確認のため、山形市から勤務先に連絡させていただく場合がありますので、担当者氏名及び電話番号は必ずご記入下さい。
- ・申請者が、事業所名が記載されている証明書類（電子データ含む）を無断で作成または改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。

国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

様式第56号

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		山形 紅子		
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 10月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	<input checked="" type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> 13 労務不能期間中で出勤予定だった日のみ×をつけてください。 (元々休みの日には×はつけないでください。)		4 日
令和 年 月	1 2 3 16 17			
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 8月	支給開始日の属する月を含めた直近3カ月を記載。 例) 10月11日が支給開始日なので8・9・10月の勤務状況を記載。 月をまたぐような場合はお問い合わせください。			10 日
令和 4年 9月				11 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	<input checked="" type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> 13 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 18 <input checked="" type="checkbox"/> 19 <input checked="" type="checkbox"/> 21 <input checked="" type="checkbox"/> 22 <input checked="" type="checkbox"/> 24 <input checked="" type="checkbox"/> 25 <input checked="" type="checkbox"/> 26 <input checked="" type="checkbox"/> 28 <input checked="" type="checkbox"/> 31		8 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の期間に対して、賃金を支払いましたか。		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input checked="" 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 毎月末日 支払日 <input checked="" type="radio"/> 1. 当月 <input checked="" type="radio"/> 2. 翌月 20 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	8月 1日 ~ 8月 31日 分	9月 1日 ~ 9月 30日 分	10月 1日 ~ 10月 31日 分
	区分	単価(円)	(A) 支給額(円)	(B) 支給額(円)
	基本給	10000	100000	110000
	時給			
	手当			
	手当			
	手当			
現物給与				
計				
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)	
			290000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。				
令和 4年 11月 25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		山形県山形市××町一丁目2番3号		
事業所名称		(株) 国保サービス		
事業主氏名		〇〇 〇〇		
担当者氏名	△△ △△	電話番号	023-123-456	

【注】
 ・事業主証明内容の確認のため、山形市から勤務先に連絡させていただく場合がありますので、担当者氏名及び電話番号は必ずご記入下さい。
 ・申請者が、事業所名が記載されている証明書類(電子データ含む)を無断で作成または改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

※証明作成費用は、健康保険法第99条第1項規定を準用し、「傷病手当金意見書交付料」として保険適用となります。

医療機関 担当者が 意見を記 入するこ ろ	患者氏名	山形 紅子		
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日 令和 4年 10月 5日	
	発病年月日	令和 4年 10月 5日	発病の原因 不詳	
	労務不能と 認めた期間	令和 4年 10月 5日から		
		令和 4年 10月 12日まで		
	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 checked="" type="checkbox"/> 公費(感染症) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
		令和 年 月 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 していた 困んでく	令和 4年 10月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	診療 日数 1 日
	上記の	<p>厚生労働省の定める解除基準以内の療養期間の場合は、医療機関からの証明を省略し、保健所からの「就業制限通知書」等、発症日や陽性日が確認できる書類で代用可能とします。</p> <p>解除基準を超える療養期間の場合や「就業制限通知書」等の添付が困難である場合はお問合せください。</p> <p>■陽性者の療養期間 令和4年9月6日以前→発症日を0日として10日間 令和4年9月7日以降→発症日を0日として7日間</p>		
	新型コ 鼻水、咽頭痛、倦怠感あり。	退院年月日	令和 年 月 日	
<p>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> <p>新型コロナウイルス感染疑いのため検査した結果、陽性であったことから、感染の恐れがある上記期間について労務不能と判断。</p>				
<p>令和 4 年 10 月 28 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 山形県山形市〇〇町一丁目2番3号</p> <p>医療機関の名称 国保山形病院</p> <p>医師の氏名 国保 二郎</p>				

(※)作成担当部署名: 医療相談室 担当者名: 国保 花子 電話番号: 023-987-6543

【注】

- ・証明内容の確認のため、山形市から医療機関に連絡させていただく場合がありますので、(※)作成担当部署名、担当者名、電話番号は必ずご記入下さい。
- ・申請者が、医療機関名が記載されている証明書類(電子データ含む)を無断で作成または改変を行った場合、刑法上の罪に問われる可能性があります。

誓約書兼同意書

令和 4年 12月 1日

(宛先) 山形市長

私（被保険者）山形 紅子と、世帯主山形 太郎は、
山形市国民健康保険条例及び同施行規則に基づき提出した、傷病手当金支給申請書及び添付書類（以下「申請書類等」という。）の記載内容が事実であることを誓約します。

また、山形市の職員が、申請書類等に記載されている事実（診療行為、療養内容、勤務状況、給与等の支払状況等）を確認するため、申請書類等の提供等によって、医療機関、事業主に照会を行い、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。

住所 山形市旅籠町**丁目**番**号

氏名 山形 花子

※傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入してください。