

国民健康保険傷病手当金支給申請書① (世帯主記入用)

＜支給申請の対象となる方＞ (国民健康保険の被保険者)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()	被保険者番号	北見	—	

＜申請者＞ (国民健康保険の世帯主)

北見市長 様		(申請日)	年	月	日
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	電話番号	—	—	
住所	(建物名等)				

＜受取方法＞ ※原則として世帯主の口座を指定してください。

口座名義人	カナ	通帳の記号		通帳の番号	
郵便局の通帳に振込		1	0	—	1
銀行口座に振込		口座番号			
銀行・信金・労金	本店	<input type="checkbox"/> 普通			
信組・農協・漁協	支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を利用できない場合

為替証書払い

窓口払い

市処理欄

—

＜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	本申請に基づく傷病手当金の受領を下記の代理人に委任します。	年	月	日
	氏名	住所 同上		
代理人 (口座名義人)	〒	—		世帯主との関係
	フリガナ			
	氏名			

北見市使用欄

本人確認	提出方法	備考			添付書類
① 番・免・パ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員() <input type="checkbox"/> 同住()				
② 証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()		受付	入力	確認	<input type="checkbox"/> 支給申請書② (被保険者記入用)
③ ヒア	<input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送				<input type="checkbox"/> 支給申請書③ (事業主記入用)
					<input type="checkbox"/> 支給申請書④ (医療機関記入用)
					支給決定額
					円

国民健康保険傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

＜支給申請の対象となる方＞ (国民健康保険の被保険者)

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名					

＜症状等の状況＞

症状が出た日	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	年	月	日	
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	年	月	日から	同年	月	日まで		
②療養を受けた期間	年	月	日から	同年	月	日まで		
①で「受診していない」と回答した場合	風邪症状 (有・無) (具体的な症状 _____)							
③症状(期間など具体的に)	発熱の有無 (有・無) (_____ °C _____ 日間継続)							
	倦怠感 (有・無)							
	息苦しさ (有・無)							
	その他 (有・無) (具体的な症状 _____)							
④療養のために休んだ期間	年	月	日から	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	年	月	日まで	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られましたか。 または今後受けられますか。	1. はい				2. いいえ			
⑤で「はい」と回答した場合	年	月	日から	(給与等の額) ※不明の場合記載不要				
⑥その給与等の額と、その報酬支払の 対象となった(なる)期間を記入して 下さい。	年	月	日まで	円				

＜事業主証明＞ 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	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		
事業主氏名			
担当者氏名		電話番号	

国民健康保険傷病手当金支給申請書③ (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。

事業主が証明するところ	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												左記の事由による 無給休暇の日数					
	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。																	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	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												賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)					
	【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。																	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	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	日		
	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	日		
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
②の期間に対して、賃金を払いましたか？	1. はい	給与の 種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日										
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給						支払日								
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			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ご記入ください。ただし、期末勤働手当(賞与)は除く。																		
支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		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																	
	手当																	
	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。																		
事業所所在地																		
事業所名称																		
事業主氏名																		
担当者氏名								電話番号										

国民健康保険傷病手当金支給申請書④ (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	年 月 日					
	発病年月日	年 月 日							発病の原因						
	労務不能と認められた期間	年 月 日から													
		年 月 日まで													
	うち、入院期間	年 月 日から							療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他					
		年 月 日まで							転帰	<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。	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															
電話番号															