

## 豊中市国民健康保険傷病手当金支給申込書①(世帯主記入用)

## 記入例

被保険者情報	被保険者番号	豊国 1234567												
	(フリガナ)	豊中 タロウ												
	氏名	豊中 太郎					生年月日	昭和 30 年 1 月 1 日						
	住所	大阪府豊中市中桜塚3丁目1番1号												
振込先	金融機関名称	〇〇			〇〇			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	2	3	4	5	6	7
	口座名義(カタカナ)	ト	ヨ	ナ	カ	タ	ロ	ウ						
※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4年1月15日

住所 豊中市中桜塚3丁目1番1号

電話番号 012-3456-7890

申請者氏名 豊中 太郎

豊中市長 宛

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

被保険者	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4年1月15日	
	氏名 豊中 太郎	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒561-8501 豊中市中桜塚3丁目1番1号	被保険者との関係
	(フリガナ) トヨナカ ハナコ 氏名 豊中 花子	妻

保険者 記入欄	支給決定額

# 豊中国民健康保険傷病手当金支給申込書②(被保険者記入用)

被保険者氏名	豊中 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和3年12月10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3年12月13日 (午前11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 3 年 12 月 13 日										
	年	月	日								
	年	月	日								
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)											
③療養のために休んだ期間	令和3年12月10日から  令和3年12月27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。)	7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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

事業主記入欄	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。
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           事業主に記入を依頼してください         </div>
	事業所所在地  事業所名称  事業主氏名 <span style="float: right;">(印)</span>
担当者氏名	電話番号

# 豊中市国民健康保険傷病手当金支給申込書③(事業主記入用)

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。

すべての項目を事業主の方が記入してください。

豊中 太郎

(発熱等の症状があり感染が疑われる場合における勤務状況) 日数を×で表示してください。

健康であれば出勤していたと考えられる日に「×」をつけてください。

による日数

令和3年12月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 <del>10</del> <del>11</del> <del>12</del> <del>13</del> 14 15 16 17 18 <del>19</del> <del>20</del> <del>21</del> 22 23 24 25 <del>26</del> <del>27</del> <del>28</del> 29 30 31	10 日
	9 10 11 12 13 14 15	
② 賃金計算期間	医師の意見書や療養の証明書を超越する期間については支給対象外となる場合があります。	賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)
令和3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	9 日
令和3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	8 日
令和3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	3 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

事業主が証明するところ

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	<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	賃金計算	締日 毎月末日 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 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。

区分	期間	単価(円)	10月1日 ~ 10月31日 分	11月1日 ~ 11月30日 分	12月1日 ~ 12月9日 分
			(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)
基本給		10000	90000	80000	30000
時給					
手当					
手当					
手当					
手当					
現物給与					
計			90000	80000	30000
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計) 200000円		

所得税法上の給与となりますので源泉徴収の対象となるものについて記載してください。また、賞与は記載不要です。

療養前の給与額のみ記入してください

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する。 年 月 日

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

事業主に記入を依頼してください (担当者氏名と連絡先電話番号の記入をお願いします)

# 豊中市国民健康保険傷病手当金支給申込書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	豊中 太郎																																
	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 3 年 12 月 12 日																														
	発病年月日	令和 3 年 12 月 10 日		発病の原因	不詳																													
	労務不能と認められた期間	令和 3 年 12 月 10 日から																																
		令和 3 年 12 月 31 日まで																																
	うち、入院期間	令和 3 年 12 月 14 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 3 年 12 月 25 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	診療実日数 22 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)																																		
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、12/13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、12/24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 3 年 12 月 25 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。																																		
年 月 日																																		
上記のとおり相違ありません																																		
医療機関の所在地		医療機関に記入を依頼してください																																
医療機関の名称																																		
医師の氏名		⑩ 電話番号																																