

記入例

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	0123456		世帯主氏名	沖縄 太郎							
	(フリガナ) 氏名	オキナワ シロウ		生年月日	昭 <sup>平</sup> 元 年 1 月 1 日							
振込先	口座名義 (カタカナ)	オキナワ シロウ										
	金融機関 名称	国保				銀行・金庫・信組 農協・漁協			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所			
	金融機関コード	1	2	3	4	5	6	7				
	預金別	普通		口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	振込口座がゆうちょ銀行の場合は、下記を記入してください。											
ゆうちょ銀行	記号					*	番号					
※6桁目がある場合「※欄」に記入してください。												
上記のとおり申請します。												
令和 2 年 4 月 15 日												
住 所 沖縄県沖縄市 ●●1丁目1番1号												
世帯主氏名 沖縄 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">沖 縄</span> 印												
電話番号 098-●●●●-●●●●												
沖縄市長 桑 江 朝千夫 殿												

【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 (委任者)	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 2 年 4 月 15 日											
	氏名	沖縄 太郎				<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">沖 縄</span> 印	住所	同上				
代理人住所 (口座名義人) 代理人氏名	〒	904 - ●●●●					世帯主との関係					
	沖縄県沖縄市	●●1丁目1番1号					子					
	(フリガナ)	オキナワ シロウ										
	氏名	沖縄 次郎				<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">沖 縄</span> 印						

保 險 者 記 入 欄	支給決定額										
	円										

## 記入例

## 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	沖縄 次郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2年3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2年3月13日 (午前11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		
(①で「受診した」と回答した場合)	令和 2年 3月 13日		
②医療機関の受診日	令和 年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合)	令和 年 月 日		
③症状(期間などを具体的に)			
③療養のために 休んだ期間	令和2年 3月 10日から 令和2年 3月 27日まで	④左記機関のうち、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。)	10日
上記の療養のために休んだ期間に給 ⑤ 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		
⑤で「はい」と回答した場合、その給与等の ⑥ 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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) □□□□□□□□	

(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 2年 4月 5日		
	上記③～⑥の内容について、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 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所名称 (株)国保サービス 事業主氏名 国保 花子		
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890

## 記入例

## 国民健康保険傷病手当支給申請書(専業主記入用)


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	沖縄 次郎		
	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月における勤務状況を記入してください。 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】 【出勤することができなかった無給休暇の日は×】で表示してください。			×(無給休暇)の日数
	令和 4年 3月	○ <del>1</del> ○ <del>2</del> ○ <del>3</del> △ <del>4</del> × <del>5</del> × <del>6</del> × <del>7</del> × <del>8</del> × <del>9</del> / <del>10</del> / <del>11</del> / <del>12</del> × <del>13</del> × <del>14</del> × <del>15</del> × <del>16</del> 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 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	計 日	
	② 上記①の月の直近3か月の勤務状況 をご記入ください。	賃金が生じた日数の計 (有給休暇も含む)	支給金額 ※通勤手当・期末勤勉手当 (賞与)は除く。	
	(A)令和4年 2月分	2月1日～2月28日分	計 13 日	130,000 円
	(B)令和4年 1月分	1月1日～1月31日分	計 14 日	140,000 円
	(C)令和3年 12月分	12月1日～12月31日分	計 15 日	150,000 円
	(上記(A)～(C)の合計)		42日	420,000 円
	<p>下記内容を確認し、✓してください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 上記の者を雇用しています。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 自主休業期間(要請による自粛等)や通常の休日は含めません。</p>			
<p style="text-align: right;">令和 4年 3月 30日</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。            事業所所在地 ▲▲県●●市■■町1丁目2番3号            事業所名称 (株)国保サービス            事業主氏名 国保 花子 印</p>				
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890	

国保サービス株式会社

**記入例**

国民健康保険傷病手当支給申請書(医療機関記入用)

患者氏名		沖縄 次郎																
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 2年 3月 13日					
発病年月日		令和 2年 3月 10日																
労務不能と認められた期間		令和 2年 3月 10日から										発病の原因	不詳					
		令和 2年 3月 31日まで																
うち、入院期間		令和 2年 3月 10日から										療養費用の種類	<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 2年 3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				
医療機関担当者が意見を記入するところ	令和 2年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	診療日数 22日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療日数 日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療日数 日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
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疑いのため、3/10 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、3/31 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 2年 3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完成拡大防止の観点から、検査が陰性となるまでは入院であったため、入院期間は労務不能と判断した。																		
															令和 2年 4月 10日			
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		沖縄県〇〇市△△1丁目2番3号																
医療機関の名称		国保病院																
医師の氏名		国保 国男											電話番号 ●●●●-●●●●					

# 委任状

## 記載方法

※必ず委任者がすべて記入してください

代理人住所			
代理人氏名			
代理人生年月日	大・昭・平・令	年	月
代理人電話番号	( )		

代理人の住所・氏名・生年月日・電話番号。

世帯主が記入する。

上記の者を代理人とし、下記の沖縄市国民健康保険手続きに関する権限を委任します。  
(委任する項目にチェックを入れ、納付相談の項目は委任期間に○をつけてください。)

- 国民健康保険の各種証明書取得に関する一切の権限
- 保険料の納付相談に関する一切の権限 (委任期間：今回のみ・今年度のみ・今回以降)
- 給付費の受領に関する権限
  - 出産育児一時金  葬祭費  高額療養費  高額介護合算療養費  療養費
  - 入院時食事療養費差額分  移送費  特例療養費  その他 ( )
- 国民健康保険被保険者証の再発行の申請・受領に関する権限
- はり、きゅう、あん摩マッサージ指圧施術利用券交付申請及び
- その他 ( ) に関する

令和 年 月 日

記載した日を記入

世帯主の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入。

印鑑(認印可)必須。  
シャチハタ不可。

委任者住所			
委任者氏名	(印)		
委任者生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
委任者電話番号	( )		

※代理人の方へ

代理人の方は本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)・はんこ(スタンプ印は除く)をご持参ください。窓口にて申請・交付時に本人確認を行います。

職員確認欄	確認書類	<input type="checkbox"/> 保険手帳(国保・社保) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他
	備考	