

【 記入例 】

伊丹市 国民健康保険傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

1/4枚目

被保険者情報	被保険者証 記号番号	1 2 3 4 5 6 7	世帯主氏名	国保 一郎										
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	昭和 元年 1 月 1 日								
	療養を受けた 方の氏名	国保 二郎				平成								
住所	兵庫県伊丹市〇〇町1丁目2番3号													
振込先	金融機関 名称	国保			銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()			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)	コ	ク	ホ	シ	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。														
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 4 年 5 月 1 日</p> <p>住 所 兵庫県伊丹市〇〇町1丁目2番3号 電話番号 072-784-8040</p> <p>世帯主氏名 国保 一郎</p> <p style="text-align: right;">伊丹市長 藤原保幸 殿</p>														

【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 4 年 5 月 1 日											
	氏名	国保 一郎					住所	同上				
代理人 (口座名義人)	〒	1 2 3	—	4 5 6 7	兵庫県伊丹市〇〇町1丁目2番3号					世帯主との関係		
	(フリガナ)	コクホ ジロウ										
	氏名	国保 二郎					子					

保険者 記入欄	支給決定額									
	円									

【 記入例 】

伊丹市 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）


2/4枚目

療養を受けた方の氏名	国保 二郎
------------	-------

※医療機関を受診した場合

症状が出た日	令和 4 年 4 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		1. 受診した 2. 受診していない									
		令和 4 年 4 月 6 日									
<p>(①で「受診した」と回答した場合)</p> <p>※医療機関や保健所から療養期間が示されている場合は、その療養期間をご記入ください。 ※医療機関等から療養期間が示されていない場合は、事業主が労務不能とした期間をご記入ください。 (注) 治癒後、事業主から感染拡大防止を目的として自宅待機を命じられた期間は含めないでください。 例：発熱等の症状がなく4/15で療養終了となったが、事業主より感染拡大防止を目的として4/20まで 自宅待機を命じられた場合、4/15で治癒しているため労務不能期間は4/15まで。</p>											
③療養のために 休んだ期間	令和 4 年 4 月 5 日から 令和 4 年 4 月 15 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。)	9 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。	1. はい 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 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								

(※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 4 年 4 月 28 日		
	上記の内容については、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	兵庫県伊丹市△△△町1丁目2番3号	
	事業所名称	株式会社 □□□□	
	事業主氏名	兵庫 太郎 	
担当者氏名	阪神 花子	電話番号	072-000-0000


【 記入例 】

伊丹市 国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

2/4枚目

療養を受けた方の氏名	国保 二郎
------------	-------

※医療機関を受診していない場合

症状が出た日	令和 4 年 4 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	1. 受診した <input type="checkbox"/> 2. 受診していない <input checked="" type="checkbox"/>		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)	<ul style="list-style-type: none"> ・4/5 発熱と頭痛 ・4/6 PCR検査 → 4/8 検査結果が「陽性」 ・4/8 保健所より発症日の翌日から10日間の自宅療養の指示あり ・4/15 発熱等の症状ないため、自宅療養終了 		
③療養のために休んだ期間	令和 4 年 4 月 5 日から 令和 4 年 4 月 15 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。)	9 日
⑤上記の療養給与等の支払または、今後	休んだ期間に	1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	
<p>※保健所から療養期間が示されている場合は、その療養期間をご記入ください。</p> <p>※保健所から療養期間が示されていない場合は、事業主が労務不能とした期間をご記入ください。</p> <p>(注) 治癒後、事業主から感染拡大防止を目的として自宅待機を命じられた期間は含めないでください。</p> <p>例：発熱等の症状がなく4/15で療養終了となったが、事業主より感染拡大防止を目的として4/20まで自宅待機を命じられた場合、4/15で治癒しているため労務不能期間は4/15まで。</p>			
事業主記入欄	令和 4 年 4 月 28 日		
	上記の内容については、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	兵庫県伊丹市△△△町1丁目2番3号	
	事業所名称	株式会社 □□□□	
事業主氏名	兵庫 太郎		
担当者氏名	阪神 花子	電話番号	072-000-0000

【 記入例（月末締の場合） 】

伊丹市 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用） 3/4枚目

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		国保 二郎				
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期間の属する月における勤務状況 【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/】、【一部休暇の日を▽】でそれぞれ表示してください。					左記の事由による 無給休暇の日数	
令和4年4月	1 2 3 ④ × × × × 9 10 ⑩ ⑪ ⑫ ⑬	16 17 ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝			9 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1月	1 2 3 ④ ⑤ ⑥ ⑦ 8 9 10 ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ 15	16 ⑰ ⑱ ⑲ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝			19 日	
令和4年2月	△ △ ③ ④ 5 6 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 11 12 13 ⑭ ⑮	⑰ ⑱ ⑲ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝			18 日	
令和4年3月	① ② ③ ④ 5 6 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ 12 13 ⑭ ⑮	⑰ ⑱ ⑲ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝			22 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			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 type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日 毎月末 日
	2. いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		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、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	単価(円)	1月 1日 ~	2月 1日 ~	3月 1日 ~	
	区分		1月31日 分	2月28日 分	3月31日 分	
			(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)	
	基本給	100000	190000	180000	220000	
	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)					590000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 4 月 28 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	兵庫県伊丹市△△△町1丁目2番3号					
事業所名称	株式会社 □□□□					
事業主氏名	兵庫 太郎					
担当者氏名	阪神 花子	電話番号	072-000-0000			



【記入例（15日等の月中締日の場合）】

伊丹市 国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用） 3/4枚目

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		国保 二郎			
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期間の属する月における勤務状況 【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／】、【一部休暇の日を▽】でそれぞれ表示してください。					左記の事由による 無給休暇の日数
令和4年4月	1 2 3 ④ × × × × 9 10 ⑩ ⑪ ⑫ ⑬				9 日
	16 17 ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟				
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3年12月	① ② ③ 4 5 ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 11 12 ⑬ ⑭ ⑮				18 日
	⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟				
令和4年1月	1 2 3 ④ ⑤ ⑥ ⑦ 8 9 10 ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ 15				19 日
	16 ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟				
令和4年2月	△ △ ③ ④ 5 6 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 11 12 13 ⑭ ⑮				18 日
	⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟				
令和4年3月	① ② ③ ④ 5 6 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ 12 13 ⑭ ⑮				22 日
	⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟				
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		締日 毎月 15 日
		2. いいえ	<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 支払日 1. 当月 10 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、賞与は除く。					
事業主が証明するところ	期間 区分	単価(円)	12月16日～	1月16日～	2月16日～
			1月15日分	2月15日分	3月15日分
		(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(C)支給額(円)	
	基本給	100000	150000	210000	190000
	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)					550000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 4 月 28 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		兵庫県伊丹市△△△町1丁目2番3号			
事業所名称		株式会社 □□□□			
事業主氏名		兵庫 太郎			
担当者氏名		阪神 花子		電話番号 072-000-0000	



【 記 入 例 】

伊丹市 国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用） 4/4枚目

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	国保 二郎																		
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日	令和 4 年 4 月 6 日																
	発病年月日	令和 4 年 4 月 5 日																		
	労務不能と認められた期間	令和 4 年 4 月 5 日から												発病の原因	不詳					
		令和 4 年 4 月 15 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					
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 4 年 4 月	1	2	3	4	5	⑥	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療実日数	1	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		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）																				
4/5 発熱と頭痛あり 4/6 発熱続くため、当院を受診。 同日、PCR検査を実施し、陽性。 4/15までの自宅療養を指示。												手術年月日	令和 年 月 日							
												退院年月日	令和 年 月 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																				
新型コロナウイルス感染症のため、感染拡大防止のため自宅療養を要し、労務不能と判断。																				
																		令和 4 年 4 月 28 日		
上記のとおり相違ありません。																				
医療機関の所在地		兵庫県伊丹市××町1丁目2番3号																		
医療機関の名称		国保総合病院																		
医師の氏名		国保 四郎  電話番号 072-000-0000																		