

町田市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	32-11 1111		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 平成	元	年	1	月	1	日	
	氏名	国保 二郎										
住所	東京都町田市□□町1丁目2番3号											
振込先	金融機関 名称	国保				町田						
	預金別	普通 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1字空けてください。											
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>2020年 5 月 8 日</p> <p>住所 東京都町田市□□町1丁目2番3号</p> <p>電話番号 012-3456-7890</p> <p>世帯主氏名 国保 一郎</p> <p style="text-align: right;">町 田 市 長 様</p>												

【受取代理人の欄】（世帯主名義以外の口座に振り込む場合は必ず記入してください。）

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。 2020年 5 月 8 日										
氏名	国保 一郎				住所		同上				
代理人 (口座名義人)	〒	123-4567		東京都町田市□□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

本申請書に記入した事項に関しては、町田市のOA機器に登録することを承諾します。

被保険者氏名	国保 二郎
--------	--------------

症状が出た日	2020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	2020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) ②医療機関の受診日	2020年 3 月 13 日										
	年 月 日										
	年 月 日										
③症状 (具体的に)	発熱 (38℃以上) があり、咳が止まらない。										
④療養のために 休んだ期間	2020年3月10日 から 2020年3月27日 まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (<small>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。</small>)	10日								
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ										
⑦ ⑥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。	年 月 日から	(給与等の額: 円)									
	年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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	2020年 4 月 30 日		
	上記③～⑦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 東京都町田市■■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	1 2 3 - 4 5 6 - 7 8 9 0

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記入してください。

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 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		
2020年3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	10 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			
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）		
2020年1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		
2020年2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	10 日		
2020年3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	4 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			
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 <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	締日 毎月末 日	
	2. いいえ		賃金計算 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払状況を記入してください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除きます。				
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	1月 1日 ~	2月 1日 ~	3月 1日 ~
	区分	1月 31日 分	2月 29日 分	3月 9日 分
		(A) 支給額 (円)	(B) 支給額 (円)	(C) 支給額 (円)
	基本給	10000	80000	100000
	時給			
	手当			
	手当			
	手当			
	手当			
	現物給与			
計	10000	80000	100000	
		賃金支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計)		220000 円
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について特記事項があれば記入してください。				
		2020年 4 月 30 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		東京都町田市■■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		



新型コロナウイルス感染症に感染した場合のみ記入してください。

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による呼吸器疾患 (肺炎)			初診日	2020年 3月 13日							
	発病年月日	2020年 3月 10日			発病の原因	不詳							
	労務不能と認められた期間	2020年 3月 10日から											
		2020年 3月 31日まで											
	うち、入院期間	2020年 3月 13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							
		2020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							
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	2020年 3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 (13, 14, 19 are circled)										診療実日数 19 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													
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/13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、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	年 月 日								
				退院年月日	2020年 3月 31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。													
2020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 東京都町田市××町1丁目2番3号													
医療機関の名称 町田〇〇病院													
医師の氏名 国保 四郎					電話番号 345-678-9012								