

新型コロナウイルス感染症に係る
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 記号番号	03 - 99	9999	世帯主氏名	港 太郎							
	(フリガナ)	ミナト ハナコ			生年月日	平成 元 年 1 月 1 日						
	氏 名	港 花子										
	住 所	港区芝公園1 - 5 - 25										
世帯主の振込口座	金融機関 名 称	国保 銀行 信金 信組 その他 ()				港 支店						
		※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入										
	預金別	普通 当座 その他 ()		口座番号		1	2	3	4	5	6	7
	口座名義人氏名 (カタカナ)	ミ	ナ	ト		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、姓と名の間は1字空けてください。												
上記のとおり申請します。												
世帯主 住 所 港区芝公園1 - 5 - 25												
日中連絡の取れる 電 話 番 号 03 - 1234 - 5678												
氏 名 港 太郎												
世帯主の方の署名、または記名押印をお願いします。												
(宛先) 港区長												

以下には記入しないでください。

保険者 記入欄	支給決定額									
	円									

受付	☐ 郵送	確認	☐ 世帯主	確認	☐ 番号カード	☐ 資格確認書・保険証	受付
	☐		☐ 対象者		☐ 免許証	☐ 住基カード	
			☐ 同一世帯(続柄)		☐ パスポート	☐ 在留カード	
			☐ 代理人(続柄 氏名)		☐ その他()		

記入例2

新型コロナウイルス感染症に係る
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 記号番号	03 - 99	9999	被保険者氏名	港 花子
症状が出た日	令和 4 年 3 月 10 日	帰国者・接触者相談センター又は保健所への相談日 ※相談した場合に記入	令和 4 年 3 月 12 日 (午前 11 時頃)	
① 医療機関の受診状況	1 受診した → 医療機関による証明（第4面の記入）が必要です。 2 受診していない → 下欄「事業主記入欄」による証明（記入）が必要です。			
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	令和 4 年 3 月 12 日 年 月 日 年 月 日			
③ 症状（期間等を具体的に記入してください。） (①で「受診していない」と回答した場合)	3/10朝から38.3℃の発熱あり仕事を休む。 3/11、38℃台の発熱と喉の痛み。 3/12受診しPCR検査。3/14陽性判定。3/20までの自宅療養を指示される。			
④ 療養のために休んだ期間	令和 4 年 3 月 10 日から 令和 4 年 3 月 17 日まで	⑤ 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新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる場合を含みます。）による ない休暇や勤務予定がなかった日は除きます。)	6 日	
⑥ 上記療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受け、又は今後受けることができますか。	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			

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、以下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 5 日		
	上記③から⑦までの内容について、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。		
	事業所の所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号		
	事業所の名称 (株)国保サービス		
事業主の氏名 (※) 国保 花子			
担当者氏名	国保 三郎	電話番号	123-456-7890

(※) 代表者の署名又は記名押印をお願いします。

★ 当面の間、国の臨時的な取扱いとして、受診した場合でも、③の記入と事業主記入欄に事業主の証明が必要となります。

こちらは事業主にお渡してください

（第3面）

記入例3

新型コロナウイルス感染症に係る
国民健康保険傷病手当金支給申請書（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給与等計算期間の勤務状況、給与等支払状況等を記入してください。

被保険者氏名		港 花子		
①新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる場合を含みます。）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		
令和4年3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 × × 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	6 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新型コロナウイルス感染症の感染が疑われる場合を含みます。）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 △ 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	10 日		
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 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	9 日		
令和4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	8 日		
令和4年3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 × × 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	7 日		
②の期間に対して、賃金を支払いましたか。		給与の種類	締日 毎月末日	
1 はい 2 いいえ		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他	支払日 1 当月 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）は除きます。				
期間 区分	単価（円）	1月 1日 ～ 1月 31日 分	2月 1日 ～ 2月 29日 分	3月 1日 ～ 3月 31日 分
	(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）	(C) 支給額（円）	
基本給	10000	90000	80000	70000
時給				
残業手当	1000	2000	3000	
手当				
手当				
手当				
物給与	☐ 世帯 ☐ 対象 ☐ 同一 ☐ 代理	受付		
計		92000	83000	70000
賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）		235000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。				
月給の場合必ず記入してください				
令和4年4月5日				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
事業所の所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番3号				
事業所の名称 (株)国保サービス				
事業主の氏名（※） 国保 花子				
担当者氏名		国保 三郎	電話番号	123-456-7890

（※）代表者の署名又は記名押印をお願いします。

こちらは医療機関にお渡しください

記入例4

新型コロナウイルス感染症に係る
国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関が記入してください。	患者氏名	港 花子		生年月日	平成 元 年 1 月 1 日								
	傷病名	新型コロナウイルス感染症	初診日	令和 4 年 3 月 12 日									
	発病年月日	令和 4 年 3 月 10 日		発病の原因	不詳								
	労務不能と認めた期間	令和 4 年 3 月 10 日から											
		令和 4 年 3 月 20 日まで											
	労務不能と認めた期間のうち、入院期間	令和 年 月 日から		療養費用の種別	☐ 国保 ☒ 公費（感染症） ☐ 自費 ☐ その他								
		令和 年 月 日から		転帰	☒ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 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 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										診療実日数 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										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、検査結果及び療養指導」等を詳細に記入してください。													
3/10から発熱・咳があり、新型コロナ感染症の感染疑いのため、3/12初診。PCR検査の結果、3/14陽性と判明。3月20日まで自宅隔離を指示。対処療法及びオンラインによる健康観察を実施。				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職種について労務不能と認められた医学的な所見													
発熱・咳などの症状及び周囲へ感染リスクあり、労務不能と判断した。													
後遺症は対象外です													
令和 4 年 4 月 8 日													
上記のとおり相違ありません。													
医療機関の所在地 △△県〇〇市□□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 国保 電話番号 345-678-9012													

医師の署名又は記名押印をお願いします。