

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る  
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	12-3456	世帯主氏名	目黒 太郎								
	(フリガナ) 氏名	メグロ サブロウ 目黒 三郎			生年月日	平成2 年 1 月 3 日						
	住所	目黒区上目黒2丁目19番15号										
振 込 先	金融機関 名称	国保	銀行 信金 信組 その他( )	上目黒 支店 <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>								
	預金別	普通 その他( )	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
	口座名義(カタカナ)	メ	ク	ロ	サ	フ	ロ	ウ				
		<small>※左詰めで記入してください。濁点、</small>										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和2年 7月 1日</p> <p>世帯主 住所 目黒区上目黒△丁目△番△号</p> <p>電話番号 03-1234-56**</p> <p>氏名 目黒 太郎</p> <p>目黒区長 宛</p>												

日中、連絡の取れる番号をご記載ください。

【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2年 7月 1日
	氏名 目黒 太郎	住所 同上	
代理人 (口座名義人)	〒156-00** 目黒区上目黒△丁目△番△号	世帯主との関係	
	(フリガナ) メグロ サブロウ 氏名 目黒 三郎	子	

以下には記入しないでください

受 付	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 世帯(親柄) <input type="checkbox"/> 代理人(続柄 氏名 )	額
	<input type="checkbox"/>		

傷病手当金を世帯主以外のかたが受領する場合に記入してください。

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る  
健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

医療機関を  
受診した場合

被保険者証 記号番号	12-3456	被保険者氏名	目黒 三郎
---------------	---------	--------	-------

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 → 医療機関による証明(医療機関記入用の記入)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2年 3月 13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)	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 息苦 <input type="checkbox"/> その他 発熱や咳などの症状があった(年 月 日～ 年 月 日) 日) 日) 日)
---	--

記入不要

④ 療養のために休んだ期間	令和2年 3月 10日から	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (待期間を除く) 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
	令和2年 3月 31日まで		

⑥ 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
--	-------	--------

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 円)
	月 日まで	

※医療機関記入用の「労務不能と認めた期間」と同一期間をご記入ください。

※宿泊療養・自宅療養のため、医療機関が「労務不能と認めた期間」を記入できない場合は、医療機関記入用の「発病年月日」から、宿泊療養証明書・自宅療養証明書の「療養期間の最終日」をご記入ください。

※待期間を除いた日数をご記入ください。

(待期間がわからない場合は未記入でかまいません)

記入欄	事業所名称	
	事業主氏名	印

担当者氏名		電話番号	
-------	--	------	--

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る  
健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

医療機関  
未受診の場合

被保険者証 記号番号	12-3456	被保険者氏名	目黒 三郎
---------------	---------	--------	-------

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	年 月 日 ( 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(医療機関記入用の記入)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)	記入不要
---------------------------------	------

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)	<input checked="" type="checkbox"/> 発熱や咳などの症状があった(令和2年3月10日~3月17日) <input type="checkbox"/> 強いだるさ(倦怠感)があった( 年 月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 息苦しさ(呼吸困難)があった( 年 月 日~ 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> その他(18日以降は平熱となったが、せき等の症状が残っていたため自宅療養を継続し、27日に症状改善)
---	--

④ 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	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (待期間を除く) 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
---------------	--------------------------------	--	----

⑥ 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
--	--------------

⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、 給与等の額と、その期間を記入してください。	※上記の記載内容について、勤務先に対し、「事業主の証明」の記載をご依頼ください。	日から (給与等の額:円) 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、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 7月 3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 目黒区碑文谷〇丁目〇番〇号		
	事業所名称 碑文谷国保工務店 事業主氏名 碑文谷 五郎 (代表者印)		
担当者氏名	碑文谷 六郎	電話番号	03-9876-54**

記入例

新型コロナウイルス感染症に係る  
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及び給与等支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名		目黒 三郎																			
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							
令和2年 3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	×	×	×	×	14	15	10	日			
		16	17	×	×	×	21	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31		
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2年 1月		1	2	○	4	5	6	7	○	9	10	11	12	○	/	15	9	日			
		16	17	18	19	△	21	○	22	○	23	24	25	26	○	27			○	28	29
令和2年 2月		1	2	3	4	5	△	7	○	9	10	11	12	○	○	15	8	日			
		16	17	18	○	19	○	21	22	23	24	○	25	○	26	27			28	/	30
令和2年 3月		1	○	3	4	5	6	7	△	9	×	×	×	×	14	15	3	日			
		16	17	×	×	×	21	22	23	24	×	×	×	28	29	30			31		

※上記①(労務に服することができなかった期間)が令和2年3月の場合、直近3か月の勤務状況は1月~3月となります。

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	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 type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	1. 当月	25
				<input checked="" type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		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、期末勤勉手当(賞与)は除く。

区分	期間	単価(円)	1月 1日 ~	2月 1日 ~	3月 1日 ~
			1月 31日 分	2月 29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		90000	810000	720000	270000
時給					
手当					
手当					
手当					
現物給与					
計			810000	720000	270000
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		
			1800000円		

※直近3か月に振り込まれた給与ではなく、直近3か月に就労(予定)した月初~月末分の給与を記入してください。

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。

令和2年 7月 3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 目黒区碑文谷○丁目○番○号  
 事業所名称 碑文谷国保工務店  
 事業主氏名 碑文谷 五郎

(代表者印) 事業主印

担当者氏名 碑文谷 六郎 電話番号 03-9876-54\*\*

記入例

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)

患者氏名	国保 三郎		生年月日	平成2年 1月 3日		
傷病名	新型コロナウイルス感染症 による呼吸器疾患	初診日	令和2年 3月 13日			
発病年月日	令和2年 3月 10日		発病の原因	不詳		
労務不能と 認められた期間	令和2年 3月 10日から					
	令和2年 3月 31日まで		※宿泊療養・自宅療養の場合は記入不要			
うち、入院期間	令和2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		
	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		
診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	令和2年 3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ⑬ 14 15	診療 実日数	19 日		
	年 月	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 ⑳		診療 実日数	日	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			診療 実日数	日
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療 実日数	日		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		診療 実日数	日	
		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疑いのため3月13日に初診。呼吸器疾患(肺炎)の症状がみられたため入院し、その後の検査で陽性であった。 2週間程度で症状の改善が見られ、PCR検査において陰性となったのち、3月31日に退院。			手術年月日	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 ※宿泊療養・自宅療養の場合は記入不要 肺炎の症状の改善後も感染拡大防止の観点から、検査結果が陰性となるまでは入院が必要であった。そのため、発症日から退院日までの期間については労務不能と判断した。						
令和2年 7月 1日						
上記のとおり相違ありません。						
医療機関の所在地	目黒区大橋●丁目●番●号					
医療機関の名称	北部地区国保病院					
医師の氏名	大橋 九郎	電話番号 03-2468-13**				

医療機関担当者が意見を記入するところ