

諏訪市国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者	被保険者証 記号番号		世帯主 氏名	
	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
振込先	金融機関	銀行・金庫 信組・農協		本店・支店 本店営業部・出張所 本所・支所  ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店 番を記入
	口座種別	普通・当座 その他( )	口座番号	
	口座名義人 (カタカナ)			
※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。				
※支給される傷病手当金の受領については、上記口座名義人に委任します。 年 月 日 世帯主氏名				

上記のとおり申請します。

(宛先) 諏 訪 市 長

年 月 日

住 所

世帯主氏名 (署名又は記名押印)

電 話 番 号

(注意) 世帯主と口座名義人が異なる場合は、※欄に世帯主氏名を署名又は記名押印してください。

保険者 記入欄	支給決定額
	円

(諏訪市国民健康保険傷病手当金支給申請書別紙1 被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 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
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「1. 受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
(①で「2. 受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)			
④療養のために休んだ期間	年 月 日から	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の感染(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を除く。〕	日
	年 月 日まで		
⑥	④の療養のために休んだ期間の給与等の支払を受けたか(今後、支払を受ける場合を含む。)	1. 支払を受けた(受ける)	2. 支払を受けていない
⑦	(⑥で「1. 支払を受けた(受ける)」と回答した場合) 給与等の額及び支払対象となった(なる)期間	年 月 日から	(給与等の額: 円) □ □ □ □ □ □ □ □
		年 月 日まで	
⑧他の法令による医療の給付の状況	1. 給付を受けられる (制度名 ) 2. 給付を受けられない		

(①で「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	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。		
	年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主氏名			(署名又は記名押印)
担当者氏名		電話番号	

(諏訪市国民健康保険傷病手当金支給申請書別紙2 事業主記入用)

労務に服することができなかつ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を事業主が記入してください。

被保険者氏名													
①新型コロナウイルス感染症の感染(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つ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 無給休暇の日数の計 (× の計)	
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	
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の感染(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つ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)	
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	
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	
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	
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の期間に対する 賃金の支払状況		1 支払った 2 支払って いない	給与の 種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算	締 日		日				
				<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給			支払日		1. 当月 2. 翌月		日		
②の期間の課税対象となる賃金の支給状況(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。)													
支給した賃金の内訳	期間	単価(円)	月 日 ~		月 日 ~		月 日 ~						
	区分		月 日 分		月 日 分		月 日 分						
			(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)						
	基本給	□□□□□□□□	□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□						
	時 給	□□□□□□□□	□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□						
	手当	□□□□□□□□	□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□						
	手当	□□□□□□□□	□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□						
現物給与	□□□□□□□□	□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□							
計	□□□□□□□□	□□□□□□□□		□□□□□□□□		□□□□□□□□							
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)				□□□□□□□□		円				
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)の記入欄													
他の法令による医療の給付の状況			1. 給付を受けられる (制度名 ) 2. 給付を受けられない										
上記のとおり相違ないことを証明します。													
年 月 日													
事業所所在地													
事業所名称													
事業主氏名 (署名又は記名押印)													
担当者氏名				電話番号									

(諏訪市国民健康保険傷病手当金支給申請書別紙3 医療機関記入用)

患者氏名																				
傷病名												初診日	年	月	日					
発病年月日	年	月	日											発病の原因						
労務不能と認められた期間	年	月	日から												発病の原因					
	年	月	日まで																	
うち、入院期間	年	月	日から											療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費( )				
	年	月	日まで											転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他				
診療日及び入院日 (該当する日を○で囲んでください。)	年	月	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
	年	月	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			
	年	月	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		
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」等の詳細																				
											手術年月日	年	月	日						
											退院年月日	年	月	日						
症状の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																				
上記のとおり相違ありません。																				
											年	月	日							
医療機関の所在地																				
医療機関の名称																				
医師の氏名											(署名又は記名押印)									
電話番号																				