

様式第 28 号の 2 (第 36 条の 2 関係)

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	庄 -	世帯主 氏 名																	
	(フリガナ) 氏 名			生年 月日	年 月 日															
	住 所																			
振 込 先	金融機関 名 称	銀行・金庫・信組			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ()															
		農協・漁協			※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															
	口座名義 (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。																				
上記のとおり申請します。 年 月 日																				
住 所										電 話										
世帯主氏名										庄内町長 宛										

(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。 年 月 日																			
	氏 名										住 所 同 上									
代理人	〒										世帯主との関係									
	(フリガナ)																			
	氏 名																			

保険者 記入欄	支 給 決 定 額																			
	円																			

様式第 28 号の 4 (第 36 条の 2 関係)

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等を御記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名													
	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	
	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 (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の期間に対して、賃金を支払いましたか。	1 はい 2 いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 支払日 1 当月 2 翌月 日							
	②の期間の課税対象となる賃金支給状況を御記入ください。ただし、期末勤勉手当 (賞与) は除く。													
	支給した賃金内訳	期間	単 価	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分								
		区分		(A) 支給額	(B) 支給額	(C) 支給額								
		基本給	円	円	円	円	円							
		時給	円	円	円	円	円							
手当		円	円	円	円	円								
手当		円	円	円	円	円								
手当		円	円	円	円	円								
現物給与		円	円	円	円	円								
計	円	円	円	円	円									
賃金支給総額 (A) ~ (C) の合計						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。														
年 月 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 事業所名称 事業主氏名														
担当者氏名		電 話												

様式第 28 号の 5 (第 36 条の 2 関係)

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 関 担 当 者 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	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											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 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他				
		年 月 日まで			転 帰				<input 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。	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
		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 (詳しく)												
							手術年月日	年 月 日					
							退院年月日	年 月 日					
症状経過からみ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													
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">電話</p>													

様式第 28 号の 2 (第 36 条の 2 関係)

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	庄 1 2 3 - 4 5 6	世 帯 主 氏 名	国 保 一 郎							
	(フリガナ) 氏 名	コクホ ジロウ		生 年 月 日	昭和・平成 元年 1 月 1 日						
	住 所	△△県○○市□□町 1 丁目 2 番地 3 号									
振 込 先	金 融 機 関 名 称	銀行 金庫・信組 国保 農協・漁協		本店・支店 出張所・本店営業部 中央 本所・支所 その他 () ※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 (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。											
上記のとおり申請します。 令和 2 年 4 月 1 5 日 住 所 △△県○○市□□町 1 丁目 2 番地 3 号 電話 012-3456-7890 世帯主氏名 国保 一郎 庄内町長 宛											

【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 4 月 1 5 日 氏 名 国保 太郎 住 所 同 上	
代 理 人 (口座執事)	〒123-4567	世帯主との関係
	△△県○○市□□町 1 丁目 2 番地 3 号	
	(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
	46,669円

様式第 28 号の 3 (第 36 条の 2 関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名	国保 二郎
--------	-------

症状が出た日	令和 2 年 3 月 1 0 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 1 3 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)	令和 2 年 3 月 1 3 日		
	年 月 日		
① で「受診していない」と回答した場合 ② 症状 (期間などを具体的に)	年 月 日		
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 〔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。) による 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、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった (なる) 期間を御記入ください。	給与等の額: 円		
	令和 年 月 日から 令和 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、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 年 月 日		
	上記④～⑦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		
	事業所名称		
事業主氏名			
担当者氏名		電話	

様式第 28 号の 4 (第 36 条の 2 関係)

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御記入ください。

事業主が証明するところ	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
	令和2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)
	令和元年12月	1 2 ③ 4 5 6 7 ⑧ 9 10 11 12 ⑬ ⑭ 15 16 17 18 19 ⑰ 21 22 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			9 日
	令和2年1月	1 2 3 4 5 ⑥ 7 ⑧ 9 10 11 12 ⑬ ⑭ 15 16 17 18 ⑰ ⑱ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			8 日
	令和2年2月	1 ② 3 4 5 6 ⑦ ⑧ 9 10 ⑰ ⑱ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			10 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。		はい 2 いいえ	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	賃金計算 締日 毎月末日 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御記入ください。ただし、期末勤勉手当 (賞与) は除く。					
支給した賃金内訳	期間	単 価	12月1日～	1月1日～	2月1日～
	区分		12月31日分	1月31日分	2月29日分
			(A) 支給額 (円)	(B) 支給額 (円)	(C) 支給額 (円)
	基本給	10000円	90000円	80000円	100000円
	時給	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	現物給与	円	円	円	円
計	円	90000円	80000円	100000円	
			賃金支給総額 (A) ~ (C) の合計		270000 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 2年 4月 5 日					
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 ▲▲県●●市■町1丁目2番地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	123-456-7890		

様式第 28 号の 5 (第 36 条の 2 関係)

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 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	令和 2 年 3 月 1 3 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 3 年 3 月 10 日から 令和 3 年 3 月 31 日まで		
	うち、入院 期間	令和 3 年 3 月 10 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 3 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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	診療実日数 22 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 (詳しく)			
新型コロナウイルス感染症の感染疑いのため、3/10初 診。検査結果要請であり、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	令和 2 年 3 月 31 日	
症状経過からみ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				
肺炎は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だったた め、入院期間は労務不能と判断した。				
令和 2 年 4 月 10 日				
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在地 △△県◇◇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 345-678-9012				

