

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（世帯主記入用）

記入例

被保険者情報	被保険者 記号・番号	1 2 3 - 4 5 6 7	世帯主氏名	川越 太郎							
	フリガナ	カワゴエ ジロウ		生年月日	昭和54年3月10日						
	氏名	川越 次郎									
	住所	川越市川越町1-1-1									
振込先	金融機関 名称	国保	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 その他 ()	中央	本店 出張所 本店営業部 本所 支所 その他 ()	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入してください。					
	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 (カタカナ)	カ	ワ	コ	エ	タ	ロ	ウ			
※ 左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として記入し、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。 令和2年 7月 15日 (提出先) 川越市長 世帯主 住所 川越市川越町1-1-1 氏名 川越 太郎 電話番号 049-XXX-XXXX											

新型コロナウイルス感染症の症状があった方の氏名・生年月日を記入してください。

世帯主の方以外の口座を記入する場合は下の【代理人の欄】に必ず記入してください。

【代理人の欄】（世帯主と上記の口座名義人が異なる場合は、記入してください。）

世帯主	住所	川越市川越町1-1-1	令和2年 7月15日
	氏名	川越 太郎	
本申請に基づく傷病手当金の受領を下記の者に委任します。 世帯主以外の口座に振り込む場合のみ記入します。 ※ 署名又は記名押印をしてください。			
代理人 (口座名義人)	住所	〒350-1111 川越市川越町1-1-1	世帯主との関係
	フリガナ	カワゴエ ジロウ	子
氏名	川越 次郎		

保険者 記入欄	支給決定額	
		円

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

記入例

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記入してください。

勤務予定の日であったが出勤できなかった日のうち、給与が発生していない日に×を付けます。
※有給休暇に該当する日は記入しません。

被保険者氏名	川越 次郎																															
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について、当該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																															
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	
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	
令和2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	
令和2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	
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	
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			2. いいえ			給与の種類			賃金計算			締日			毎月末日			支払日													

本人に感染症の症状があつて休んだ場合のみ該当します。
※家族の療養のために休んだ場合や、濃厚接触者となつて勤務ができない場合など、本人に症状がなかつた期間は含みません。

出勤 ○
有給休暇 △
無給休暇（コロナ）×
無給休暇（その他）／

②の期間の課税対象となる賃金支給状況を記入してください。ただし、期末勤続手当（賞与）は除きます。		期間		
区分		1月 1日から 1月 31日まで	2月 1日から 2月 29日まで	3月 1日から 3月 31日まで
単価（円）		(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）	(C) 支給額（円）
支給した賃金内訳	基本給	100000	90000	80000
	時給			
	手当			
	手当			
	手当			
現物給与				
計		90000	80000	90000
賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）		260000円		
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください。				

・通勤手当等の非課税所得
※課税対象となる通勤手当はご記載ください。
・賞与
を除いた額を記入してください。

支給した賃金内訳が月をまたぐ場合は、最大4ヶ月分の記載が必要となります。（支給した賃金内訳に記載されている日数すべての勤務状況を確認して支給金額を算出するため）

令和2年 7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 川越市元町1-3-1
事業所の名称 (株)国保サービス
事業主の氏名 国保 一郎
※ 署名又は記名押印をしてください。

担当者氏名 国保 三郎 電話番号 049-XXX-XXXX

新型コロナウイルス感染症に係る傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

記入例

患者氏名	川越 次郎		
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 4月13日
発病年月日	令和2年 4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 4月13日から 令和2年 4月30日まで		
上記の期間のうち、入院していた期間	令和2年 4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 4月30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。	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 <input checked="" type="radio"/> 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 18 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」等を詳しく記入してください。			
新型コロナウイルス感染症の感染の疑いのため、4/13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、4/30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 4月30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。			
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	川越市大川町1-1-1		
医療機関の名称	〇〇総合病院		
医師の氏名	〇〇 五郎	電話番号	049-XXX-XXXX
※ 署名又は記名押印をしてください。			