

(事業主・一人親方等)

処理決裁	支部受付	国保受付	審査	係長	課長	事務局(次)長	常務理事	専務理事	送金
支部名	支部								

記入例

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

(組合員記入用)

保険証番号	玉306・(60)12345	生年月日	昭和 平成	46年3月21日
組合員	氏名	国保 太郎 国保印		
	住所	さいたま市南区鹿手袋〇-〇-〇 電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
新型コロナウイルス感染症(疑い含む)により、仕事ができなかった期間と日数を記入してください。				
令和 2 年 3 月 10 日から 令和 2 年 3 月 31 日まで 22 日間				
●振込先は、私の一部負担払戻金の払い戻し指定口座にしてください。				
注意▷ 相続人が申請される場合は、振込先を確定するため別に書類が必要です。				
上記のとおり申請します。 令和 2 年 4 月 15 日 埼玉土建国民健康保険組合 理事長 殿				

下欄は国保組合の審査欄ですから、組合員は記入をしないでください。

保険者記入欄	支給決定区分	第・特 種				日額	円
	入院	令和 年 月 日から	年 月 日までの	日分	日額	円	
	自宅	令和 年 月 日から	年 月 日までの	日分	日額	円	
合計						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 (医療機関記入用)

(注) 医療機関の証明が必ず必要です。

記入例

医療機関 担当者が 意見を 記入する ところ	患者氏名	国保 太郎		保険証番号	玉306・(60)12345	
	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 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				
	うち、入院期間	令和 2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 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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	10	診療 実日数	22 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		診療 実日数	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		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)						
新型コロナ感染症の感染の疑いのため、3/10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、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	令和 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 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		電話番号 345-678-9012		