

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								

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 ・ ()							
組 合 員	氏 名	Ⓜ							
	住 所						電話	()	
氏 名 (対象者)					生年月日	昭和 平成	年	月	日
●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 年 月 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

(被保険者記入用)

被保険者氏名 (対象者)			
症状が出た日	令和 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	令和 年 月 日 (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		
② 医療機関を受診した場合、 受診日はいつですか	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
	令和 年 月 日		
③ 医療機関を受診していない場合、 症状について書いてください (期間などを具体的に)			
④ 新型コロナウイルスにより 仕事を休んだ期間(疑い症状を含む)	令和 年 月 日から		
	令和 年 月 日まで		
⑤ 上記の期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(感染が疑われる場合を含む)によるものではない休暇や、もともと勤務予定がなかった日は除く。)	日		
⑥ 上記④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、今後受ける予定はありますか。	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、その支払いの対象となつた(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (給与等の額) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		

※上記①において「2.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		
	事業所名称		
	事業主氏名 (印)		
担当者氏名			電話番号

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)

労務に服することができなかっ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ご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名(対象者)						
	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 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
		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の継続した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×】、【賃金が生じるその他の休暇は＝】、【賃金が生じないその他の休暇は／】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 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日		
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日			
	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	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 type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	日
		2. いいえ			支払日	1. 当月	日
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。							
支給した賃金内訳	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						
	手当						
	現物給与						
	計						
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			円	
令和 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 (印)							
担当者氏名			電話番号				

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)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名			保険証番号	玉306・()		
	傷病名			初診日	令和 年 月 日		
	発病年月日	令和 年 月 日	発病の原因				
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から					
		令和 年 月 日まで					
	うち、入院期間	令和 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			
		令和 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。	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		
		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)							
				手術年月日	令和 年 月 日		
				退院年月日	令和 年 月 日		
症状経過から見て労務不能と認められた医学的な所見							
令和 年 月 日							
上記のとおり相違ありません。							
医療機関の所在地							
医療機関の名称							
医師の氏名 ⑩ 電話番号							