

事業所得

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号				世帯主氏名			
	(フリガナ) 氏名			生年月日	年	月	日
	住所							

上記のとおり申請します。
また、申請をするにあたり所得状況の調査を受けることを同意します。

支給決定額については、下記の口座へ振込んでください。
(下記の口座名義人に受領を委任します。)

(宛先) 東海市長

令和 年 月 日 世帯主 住所
氏名 ⑩
電話

振 込 口 座	(振込先金融機関名)	(預金種目)	(口座番号)
	銀行 信用金庫 農協	普通 当座	
(口座名義人) フリガナは必ずご記入ください。			

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

別記様式（その2）（第2条関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

共通

被保険者氏名											
症状が出た日 <small>※症状が出た場合に記入</small>	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 <small>※相談した場合に記入</small>	令和 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「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状（期間などを具体的に）											
④療養もしくは経過観察のために休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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等によらない 休暇や勤務予定がなかった日は除く。）	日								
⑥ 上記の療養等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。 <small>※給与収入の方のみ記入</small>	1. はい 2. いいえ 3. 今後受け取る予定（ 年 月頃）										
⑦ ⑥で「はい」もしくは「今後受け取る予定」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）期間をご記入ください。 <small>※給与収入の方のみ記入</small>	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
⑧ 上記の療養等のために休んだ期間に他の健康保険（船員保険等）、労働者災害補償保険から同一の事由による給付を受けましたか。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ ↓ (対象期間 年 月 日から 年 月 日)										

（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 ⑩		
担当者氏名		電話番号	

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ご記入ください。

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等により、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	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		
				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			
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
			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 ㊟																	
担当者氏名									電話番号											

共通

医療機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	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（																									
		令和	年	月	日	まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<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	診療 実日数	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	診療 実日数	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	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（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																																		
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 Ⓜ 電話番号																																		