

第15号様式（附則第2項関係）

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	〇〇〇〇〇			世帯主氏名	国保 一郎						
	(フリガナ)	コクホ ジロウ			生年月日	平成 元 年 4 月 1 日						
	氏 名	国保 二郎										
	住 所	長久手市〇〇〇番地										
振込先 ※どちら かに☑を してくだ さい	<input type="checkbox"/> 公金受取口座として登録済みの世帯主の口座を利用する 下記の口座を利用する											
	金融機関名	国保			銀行	中央 支 店						
					信用金庫							
					農 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			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 (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 〇年 〇月 〇日 住 所 長久手市〇〇〇番地 電話番号〇〇-〇〇〇〇 世帯主氏名 国保 一郎 長久手市長 殿												

【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 〇年 〇月 〇日 氏名 国保 一郎 住所 同上									
代理人 (口座名義人)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇									
	長久手市〇〇〇番地 (フリガナ) コクホ ジロウ 氏 名 国保 二郎									
										世帯主との関係
										子

保険者 記入欄	支給決定額										
	円										

第16号様式（附則第2項関係）

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 10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10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 10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療養のために 休んだ期間	令和 2年 3月 10日から	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。）によらな い休暇や勤務予定がなかった日は除く。〕	10日							
	令和 2年 3月 27日まで									
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。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)								
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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>								

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 愛知県○○○番地		
	事業所名称 ○○○		
事業主氏名 ○○○○ 印			
担当者氏名	○○○○	電話番号	○○-○○○○

第18号様式（附則第2項関係）

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御記入ください。

被保険者氏名		<p>元々勤務予定だったが、新型コロナウイルス感染症が原因で出勤ができなかった日に×を記入してください。</p>																
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 【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。		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															
		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
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。		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	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			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	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
			8 日															
		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
			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															
事業主が証明するところ	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		賃金計算		締日		毎月末		日							
		2. いいえ	<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	支払日		1. 当月	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	期間区分	単価（円）	12月1日～12月31日分			1月1日～1月31日分			2月1日～2月29日分									
			(A) 支給額（円）			(B) 支給額（円）			(C) 支給額（円）									
	基本給	10000	90000			80000			100000									
	時給																	
	手当																	
	手当																	
	手当																	
計			90000			80000			100000									
		賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）		270000		円												
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について御記入ください。																		
<p>新型コロナウイルス感染症が原因で欠勤している期間に給料や手当を支給している場合は、その金額や内容についても記載してください。</p>										〇月	〇日							
事業所名称		〇〇〇																
事業主氏名		〇〇〇〇 〇																
担当者氏名		〇〇〇〇		電話番号		〇〇-〇〇〇〇												

記入方法がわからない場合は、下記問合先までご連絡ください
 問合先：長久手市福祉部保険医療課 TEL.0561-56-0618

第18号様式（附則第2項関係）

締め日が月の途中である場合

請書（事業主記入用）

労働保険料の算出に必要となる期間ごとの賃金計算期間、勤務状況及び賃金支払状況等を御記入ください。

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。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。）		<p>元々勤務予定だったが、新型コロナウイルス感染症が原因で出勤できなかった日に×を記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>令和 2年 3月</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td><td></td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												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				×	×	×					×	×	×				
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																																																																													
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 11月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																																
	○																																																																														
令和 元年 12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																																
			○					○				△																																																																			
令和 2年 1月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																																
					△		○					○	○																																																																		
令和 2年 2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																																
		○					○			△		○	○																																																																		
		9 日																																																																													
		9 日																																																																													
		10 日																																																																													
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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		賃金計算		締日		15日 日																																																																			
										支払日		<input checked="" type="radio"/> 当月 <input type="radio"/> 翌月 月末 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、期末勤働手当（賞与）は除く。																																																																															
期間区分		単価（円）		11月16日～12月15日分 (A) 支給額（円）				12月16日～1月15日分 (B) 支給額（円）				1月16日～2月15日分 (C) 支給額（円）																																																																			
基本給		10000		90000				90000				100000																																																																			
時給																																																																															
手当																																																																															
手当																																																																															
手当																																																																															
現物給与																																																																															
計				90000				90000				100000																																																																			
				賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計）																																																																											
				270000円																																																																											
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について御記入ください。																																																																															
<p>新型コロナウイルス感染症が原因で欠勤している期間に給料や手当を支給している場合は、その金額や内容についても記載してください。</p>												〇月 〇日																																																																			
事業所名称 ○○○																																																																															
事業主氏名 ○○○○ ㊟																																																																															
担当者氏名 ○○○○				電話番号 ○○-○○○○																																																																											

事業主が証明するところ

・月の途中で給料計算をする場合（16日～翌月15日等）は、その期間の出勤日数がわかるように記入してください。

・勤務日数及び賃金支給状況は労務不能となった期間を含めない直近3ヶ月の期間を記入してください。

※上記の場合3月10日から労務不能となったため、2月16日～3月15日を含めない直近3ヶ月を記入する。

記入方法がわからない場合は、下記問合先までご連絡ください
 問合先：長久手市福祉部保険医療課 TEL.0561-56-0618

第17号様式（附則第2項関係）

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 10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					診療実日数 22 日
		令和 年 月					診療実日数 日
		令和 年 月					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 ○年 ○月 ○日							
上記のとおり相違ありません。							
医療機関の所在地		愛知県○○○番地					
医療機関の名称		○○○					
医師の氏名		○○○○	Ⓜ	電話番号 ○○-○○○○			