

新型コロナウイルス感染症に係る  
国民健康保険傷病手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者 記号番号	させぼ 1234567	世帯主氏名	佐世保 太郎							
	(フリガナ) 氏名	サセボ タロウ 佐世保 太郎		生年月日	昭和 平成	50年 4月 1日					
	住所	佐世保市八幡町1-10									
振込先	金融機関 名称	銀行 金庫・信組 十八親和 農協・漁協 その他 ( )			佐世保 本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( )						
	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 (カタカナ)	サ	セ	ホ	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、姓と名の間は一字空けてください。										
佐世保市長 様 上記のとおり申請します。 令和 4 年 6 月 1 日 住所 電話番号 佐世保市八幡町1-10 0956-24-1111 世帯主氏名 佐世保 太郎											

【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。 年 月 日											
	住所											
代理人 (口座名義人)	氏名	世帯主以外の口座に振り込みを する場合のみ記入してください							世帯主との関係			
	(フリガナ)											
	氏名											

# 国民健康保険傷病手当金に係る就業状況証明書

被保険者氏名	佐世保 太郎												
症状が出た日	令和 4 年 5 月 5 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 4 年 5 月 5 日 ( 午前 10 時頃)										
①医療機関の受診状況	1. 受診した <input type="checkbox"/> 2. 受診していない <input checked="" type="checkbox"/>												
④で「1. 受診した」と回答した場合 ②医療機関の受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日										
	年 月 日	年 月 日	年 月 日										
	年 月 日	年 月 日	年 月 日										
④で「2. 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)	5月5日から微熱と頭痛があり、その後は倦怠感が続いていた。												
④療養のために休んだ期間	令和 4 年 5 月 5 日から 令和 4 年 5 月 20 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(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。〕	11 日										
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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/>												
⑦ ⑥で「1. はい」と回答した場合、その報酬支払の対象となる期間をご記入ください。	入院治療でない場合は、 事業所からの証明が必要です。 また「 <u>自宅・宿泊療養証明書</u> 」 (マイハーシスの画面コピー) がある方は添付してください。	日から _____ (給与等の額：円) 日まで _____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
(上記①において「2. 受診していない」と回答した場合は、下記の記載欄について、事業主の証明が必要です。)													
事業主記入欄	事業所所在地	佐世保市高砂町5-1	令和 4 年 6 月 1 日										
	事業所名称	(株) 国保商事	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。 事業所で記入していただく欄です										
	事業主氏名	国保 一郎											
担当者氏名	国保 花子	電話番号	0956-25-9770										

## 国民健康保険傷病手当金に係る就業状況証明書

被保険者氏名	<b>佐世保 太郎</b>										
症状が出た日	<b>令和 4年 5月 5日</b>	帰国者・接触センターへの ※相談した場合の記入	<b>令和 4年 5月 5日</b> (午前10時頃)								
①医療機関の受診状況	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">                     入院治療でない場合は、『2. 受診していない』を選択してください。                 </div> 1. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">受診した</span> 2. 受診していない										
④で「1. 受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	<b>令和 4年 5月 5日</b>										
	年      月      日										
④で「2. 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)	年      月      日										
④療養のために休んだ期間	<b>令和 4年 5月 5日から</b> <b>令和 4年 5月 20日まで</b>	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。 〕	<b>11日</b>								
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. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span>										
⑦ ⑥で「1. 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）期間をご記入ください。	年      月      日から	(給与等の額：円)									
	年      月      日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(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		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	<b>医療機関意見書（様式4）がある場合は この欄の事業主証明は不要です。</b>	
事業所名称		
事業主氏名		
担当者氏名		電話番号



# 国民健康保険傷病手当金に係る医療機関意見書

※医療機関担当者が記入してください。

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	医療機関で記入していただく書類です																								月	日									
	発病年月日																																			
	労務不能と認められた期間	年	月	日から	発病の原因																															
		年	月	日まで																																
	うち、入院期間	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費 ( )																													
		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。	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
		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	年	月	日																												
					退院年月日	年	月	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																																				
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																																				