

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	させば		世帯主氏名											
	(フリガナ)			生年月日		昭和 年 月 日 平成									
	氏 名														
	住 所														
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ()						本店 ・ 支店 出張所・本店営業部 本所 ・ 支所 その他 ()							
		※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 その他 ()				口座番号									
	口座名義 (カタカナ)														
※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。															
年 月 日															
住 所 電 話 番 号															
世帯主氏名															

【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	
	氏名	
代理人 (口座名義人)	〒	—
	(フリガナ)	
	氏 名	
	世帯主との関係	

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										
症状が出た日	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	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								
(①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								
(①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）										
④療養のために休んだ期間	年 月 日から 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（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。	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 2. いいえ								
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><tr><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		
	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給与等証明書

※事業主が記入してください。
 ※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																																
	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																														
	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															
	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）																														
	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															
	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															
	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															
	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		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他		賃金計算		締 日		日																						
		2. いいえ							支払日		1. 当月		日																				
										2. 翌月																							
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																																
	手当																																
	現物給与																																
計																																	
				賃金支給総額（上記（A）～（C）の合計）																											円		
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																																	
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																					

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											初診日	年 月 日																			
	発病年月日	年 月 日										発病の原因																				
	労務不能と 認めた期間	年 月 日から																														
		年 月 日まで																														
	うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	☐ 国保 ☐ 公費（ ） ☐ 自費 ☐ その他																			
		年 月 日まで										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 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	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31												
		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															
	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	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																																