

記入例①

別記様式第21号の1(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	第 123456		世帯主氏名		国保 一郎									
	(フリガナ) 氏 名	コクホ タロウ 国保 太郎			生年月日	昭和 平成 40 年 1 月 1 日									
	住 所	北海道川上郡弟子屈町中央○丁目△番□号													
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 ➡			1	2	3					
	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)		コ	ク	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。															
上記のとおり申請します。 令和○年 ○月 ○日 住 所 北海道川上郡弟子屈町中央○丁目△番□号 電 話 番 号 015-482-1234 世帯主氏名 国保 一郎 弟子屈町長 様															
【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○年 ○月 ○日 氏名 国保 一郎 住所 同上														
代理人 (口座名義人)	〒 088-3211 北海道川上郡弟子屈町中央○丁目△番□号										世帯主との関係				
	(フリガナ) 氏 名 コクホ タロウ 国保 太郎										子				
保険者 記入欄	支給決定額														
	円														

世帯主以外の方が受領
する場合に記入・押印
願います。

ゆうちょ銀行口座を指定される場合

振込用の店番(3ケタ)・口座番号(7ケタ)の記載が必要です。

通帳の見開き下部に記載があります。

通帳に記載されていない場合は、お近くのゆうちょ銀行の窓口まで通帳を持参し、
ご確認ください。

※通帳の番号(5ケタ)・番号(8ケタ)のままではお振込みできません。

記入例 ②

別記様式第21号の2(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 太郎
--------	-------

症状が出た日	令和4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4年3月13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4年 3月 13日								
		年 月 日								
		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)		上記①で「2.受診していない」と回答した 場合、こちらの項目に症状等を記入願いま す。								
③療養のため に 休んだ期間	令和4年 3月 10日から 令和4年 3月 27日まで	④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							
⑤	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								
⑥	⑤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"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								

(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	年 月 日		
	上記③～⑥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	上記①で「2.受診していない」と回答した場合、こちらの事業主証明欄に記入していただく必要があります。	
	事業所名称		
	事業主氏名	印	
担当者氏名		電話番号	

記入例 ③

別記様式第21号の3(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ご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		国保 太郎		
	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		
	令和4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		
	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。		賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)		
	令和3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4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4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		
	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		
	②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい 2. いいえ	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 毎月末日 支払日 1. 当月 2. 翌月 25 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 区分	単価(円)	12月 1日 ~ 12月 31日 分 (A)支給額(円)	1月 1日 ~ 1月 31日 分 (B)支給額(円)	2月 1日 ~ 2月 28日 分 (C)支給額(円)
	基本給	10000	90000	80000	100000
	時給				
	手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	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)についてご記入ください。					
令和〇年 〇月 〇日 上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 北海道川上郡弟子屈町中央●丁目▲番■号 事業所名称 国保サービス 事業主氏名 国保 花子 担当者氏名 国保 三郎 電話番号 015-482-0987					

記入例④

別記様式第21号の4(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 太郎																	
	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4年 3月 13日												
	発病年月日	令和4年 3月 10日						発病の原因	不詳										
	労務不能と 認めた期間	令和4年 3月 10日から																	
		令和4年 3月 31日まで																	
	うち、入院期間	令和4年 3月 10日から						療養費用の種別	☐ 国保 ☒ 公費(感染症) ☐ 自費 ☐ その他										
		令和4年 3月 31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。	令和4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														診療 実日数	22	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)																		
	新型コロナ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みられ、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	年 月 日					
退院年月日													令和4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、検査で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。																			
令和〇年 〇月 〇日																			
上記のとおり相違ありません。																			
医療機関の所在地 北海道川上郡弟子屈町中央〇丁目▽番□号																			
医療機関の名称 国保総合病院																			
医師の氏名 国保 道子 電話番号 015-482-4567																			