

## 富山市国民健康保険傷病手当金支給申請書

（宛先）富山市長

被保険者	被保険者証 記号番号	1 2 3 - 4 5 6	世帯主氏名	富山 太郎								
	(フリガナ)	トヤマ ハナコ		生年月日	昭和 40 年 1 月 1 日							
	氏 名	富山 花子										
	住 所	富山市〇〇町〇〇番〇〇号										
振込先	金融機関名	〇〇	銀行 農協 信金 その他 ( )	〇〇	支店 支所							
	預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7								
	口座名義 (カタカナ)	ト	ヤ	マ	ハ	ナ	コ					
※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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 住 所 富山市〇〇町〇〇番〇〇号 電 話 番 号 (076) 123-4567 世帯主氏名 富山 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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	富山 太郎
代理人 (口座名義人)	〒123-4567 富山市△△町〇〇番〇〇号	世帯主との関係
	(フリガナ) トヤマ ハナコ	子
氏 名	富山 花子	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

受付	センター
----	------

受付印	
-----	--



記入例  
(20日締めの場合)

勤務状況等証明書(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。

被保険者氏名		富山 花子																											
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2年3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	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													
		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)															
令和元年11月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	5	日											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31										
令和元年12月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	9	日											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31										
令和2年1月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	日											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31										
令和2年2月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	7	日											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31										
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		<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		賃金計算		締日		20		日														
			2. いいえ								支払日		1. 当月		25														
													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	区分	期間	単価(円)	11月21日 ~ 12月20日 分				12月21日 ~ 1月20日 分				1月21日 ~ 2月20日 分																	
				(A) 支給額(円)				(B) 支給額(円)				(C) 支給額(円)																	
	基本給			1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0				
	時給																												
	手当																												
	手当																												
	手当																												
	現物給与																												
計									1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0					
				賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)												3		1		0		0		0		0		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 2 年 4 月 5 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		▲▲県●●市■町1丁目2番3号																											
事業所名称		(株)国保サービス																											
事業主氏名		国保 二郎																											
担当者氏名		国保 三郎				電話番号				123-456-7890																			

記入例  
(月末締めの場合)

# 勤務状況等証明書(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。

被保険者氏名		富山 花子																	
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2年3月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	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			
		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)					
令和元年12月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	9	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
令和2年1月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
令和2年2月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	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			
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
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		<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		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	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							
	区分			(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																		
	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 2 年 4 月 5 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		▲▲県●●市■町1丁目2番3号																	
事業所名称		(株)国保サービス																	
事業主氏名		国保 二郎																	
担当者氏名		国保 三郎				電話番号				123-456-7890									

意見書(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	富山 花子																
	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 13 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 3 年 3 月 10 日から																
		令和 3 年 3 月 31 日まで																
	うち、入院期間	令和 3 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 3 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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数 22 日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		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)																		
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	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 2 年 4 月 10 日																		
上記のとおり相違ありません。																		
医療機関の所在地		△△県◇◇市××町1丁目2番3号																
医療機関の名称		国保総合病院																
医師の氏名		魚 良子								電話番号 345-678-9012								

(富山市国民健康保険傷病手当金支給申請書 添付書類4)

誓約書兼同意書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 富山市長

私(被保険者) 富山 花子 と、世帯主 富山 太郎 は、  
富山市国民健康保険条例及び同規則に基づき提出した、富山市国民健康保険傷  
病手当金支給申請書及び添付書類(以下、「申請書類等」という。)の記載内  
容が事実であることを誓約します。

また、富山市の職員が、申請書類等に記載されている事実(診療行為、療養  
内容、勤務状況、給与等の支払状況等)を確認するため、申請書類等の提供等  
によって、医療機関、事業主に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提  
供を受けることに同意します。

住所 富山市〇〇町〇〇番〇〇号

氏名 富山 花子

※傷病手当金の対象となる被保険者本人が記入してください。