

附則様式（附則第5項関係）

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

[illegible]

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

保険者 記入欄	支給決定額
	円

受付		センター
----	--	------

受付印	
-----	--

(富山市国民健康保険傷病手当金支給申請書 添付書類1)

受診状況等申告書 (被保険者記入用)

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「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「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)										
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 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。)	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><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			
	事業所名称			
事業主氏名				
担当者氏名			電話番号	

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																																																
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		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><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>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> </table>												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			
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																																	
年 月		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><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>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> </table>												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				
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)																																		
年 月		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><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>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> </table>												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			
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																																	
年 月		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><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>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> </table>												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			
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																																	
年 月		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><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>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> </table>												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			
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																																	
年 月		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><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>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> </table>												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			
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																																						
		支払日						1. 当月 2. 翌月				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)				月 日 ～ 月 日 分				月 日 ～ 月 日 分				月 日 ～ 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																																								

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 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の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																																	

(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

年 月 日

(宛先) 富山市長

私（被保険者）_____と、世帯主_____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、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_____

氏名_____

※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。