

別府市国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

記入例

被保険者情報	被保険者記号・番号	べっふ00123456		世帯主氏名	温泉 太郎						
	(フリガナ) 氏名	オンセン イチロウ 温泉 一郎		生年月日	平成3 年 4 月 5 日						
	住所	別府市上野口町1番15号									
振込先	金融機関名称	銀行 金庫・信組 いろいろ			本店・支店 べっふ 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)	オンセン イチロウ									
	※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。										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和2年 ○月 ○日</p> <p>住所 〒874-8511 別府市上野口町1番15号 電話番号 0977(21)1111</p> <p>世帯主氏名 温泉 太郎</p> <p>府市長 長野 恭紘 あて</p>											
<p>【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。)</p> <p>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2年 ○月 ○日</p> <p>氏名 温泉 太郎 住所 同上</p> <p>代理人(口座名義人) 〒874-8511 別府市上野口町1番15号 世帯主との関係</p> <p>(フリガナ) オンセン イチロウ</p> <p>氏名 温泉 一郎 子</p>											
保険者記入欄	市役所で使用しますので、ここには記入しないでください。										

世帯主以外の口座をご希望の場合は、下欄の「受け取り代理人」の記入が必要です。

印鑑は朱肉を使うものを押印してください。

世帯主以外の口座をご希望の場合は、「受け取り代理人」の記入が必要です。



(その2)

# 別府市国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

記入例

被保険者氏名	温泉 一郎
--------	-------

症状が出た日	令和2年 4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	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	令和2年 4月 12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	令和2年 4月 10日から	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
	令和2年 4月 30日まで		
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	□ □ □ □ □ □ □ □	

(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	印
担当者氏名	電話番号

①で「受診していない」と回答した場合は、こちらの欄に事業主の証明が必要となります。

(その3)

# 別府市国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

記入例

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		温泉 一郎		
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2年4月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 × × × × 17 × 19 × × × 23 24 × 26 × 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		10 日		
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2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		15 日		
令和2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		9 日		
令和2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		12 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 <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、期末勤続手当(賞与)は除く。				
期間 区分	単価(円)	1月 1日 ~ 1月 31日 分 (A) 支給額(円)	2月 1日 ~ 2月 29日 分 (D) 支給額(円)	3月 1日 ~ 3月 31日 分 (C) 支給額(円)
	基本給	8,000	120,000	72,000
時給				
通勤手当	2,000	2,000	2,000	2,000
手当				
手当				
現物給与				
計		122,000	74,000	98,000
		賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)		294,000 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。				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和2年 ○月 ○日				
事業所所在地	別府市亀川東町1-36			
事業所名称	(株)別府国保サービス			
事業主氏名	別府 輪太郎	印 別府		
担当者氏名	湯野 花枝	電話番号	0977-67-5578	

有給休暇など賃金の生じる休暇は含まれません。

労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日の属する月の前3か月間が対象となります。

【記入例】  
4月10日から労務に服することができなくなった場合、3日を経過した4月13日の属する月(=4月)の前3か月である1月・2月・3月の賃金状況を記入します。

事業主が証明するところ

支給した賃金内訳

(その4)

# 別府市国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

記入例

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名	温泉 一郎																		
	傷病名	新型コロナウイルス感染症による呼吸器疾患	初診日	令和2年 4月 12日																
	発病年月日	令和2年 4月 10日			発病の原因															
	労務不能と認められた期間	令和2年 4月 10日から																		
		令和2年 4月 30日まで																		
	うち、入院期間	令和2年 4月 12日から			療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他														
		令和2年 4月 30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 4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	19	日
		年 月	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
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疑いのため、4月12日初診。検査の結果が陽性であり、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、4月30日に実施した検査において陰性となったため、同日に退院。												手術年月日	年 月 日							
												退院年月日	令和2年 4月 30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るため、入院期間は労務不納と判断した。																				
上記のとおり相違ありません。																		令和2年 ○月 ○日		
医療機関の所在地		別府市西野口町15番33号																		
医療機関の名称		国保健康病院																		
医師の氏名		国保 健太郎														電話番号 0977-21-1117				