

申請書は全部で4種類（世帯主記入用、被保険者記入用、事業主記入用、医療機関記入用）あり、新型コロナウイルス感染症に関し、医療機関を受診した方は4種類すべての申請書を提出する必要があります。
 ※臨時的な措置として令和4年8月9日から当面の間、国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）の提出は不要となりました。そのため、3種類の申請書を提出することになります。

記入例（世帯主記入用）

新型コロナウイルス感染症に感染された方（疑いのあった方）の情報を記入してください。

保険証の表面上部に記載されている6桁の記号番号を記入してください。

附則別記様式（その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	被保険者証の記号番号	1 2 3 4 5 6					
	(フリガナ)	イワクラ ハナコ					
氏名	氏名	岩倉 花子				世帯主との続柄	妻
	生年月日	昭和50年 4月 1日					
口座振込	金融機関名称	〇〇銀行			△△支店		
	預金種別	普通	当座	その他	口座番号		
	口座名義人(カタカナ)	イ	ワ	ク	ラ	タ	ロ

※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入

※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。

ゆうちょ銀行の方は通帳の見開き1ページ下方をご確認ください。

世帯主の情報を記入してください。電話番号は世帯主以外でもいいですが、日中つながりやすい番号を記入してください。

世帯主の口座を記入してください。

上記のとおり申請します。

令和4年 □月 □日

世帯主 住所 岩倉市◇◇町1-2-3

氏名 岩倉 太郎

電話番号 080-xxxxx-xxxxx

岩倉市長 殿

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

世帯主以外の口座に振込を希望する場合には、世帯主が記入してください。

保険者記入欄	支給決定額
--------	-------

記入例（被保険者記入用）

【注意事項】

令和4年8月9日から当面の間、国民健康保険傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）の提出は不要となりました。これにより、医療機関の受診の有無にかかわらず、被保険者が療養のため労務に服さなかった期間を、被保険者記入用および事業主記入用の申請書で事業主に証明していただくことが必要です。

附則別記様式（その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 花子	
症状が出た日	令和4年 4月 2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 <input checked="" type="radio"/> 受診した 2 <input type="radio"/> 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 4月 3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）	4月2日から発熱や咳の症状があり、3日に〇〇病院を受診し陽性と診断された。8日には症状が改善したが、11日まで自宅療養を指示された。		
④療養のために休んだ期間	令和4年 4月 2日から 令和4年 4月 10日まで	⑤左の期間のうち、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。	6日
⑥上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか。又は今後受けられますか。	1 <input type="radio"/> はい 2 <input checked="" type="radio"/> いいえ		
⑥で「はい」と回答した場合) ⑦その給与等の額と、その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)	
⑧上記の療養のために休んだ期間に他の健康保険（船員保険、共済組合及び後期高齢者医療を含む。）から同一の事由による給付を受けましたか。又は今後受けられますか。	1 <input type="radio"/> はい 2 <input checked="" type="radio"/> いいえ (対象期間 年 月 日から 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、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)			
事業主記入欄	令和4年 □月 □日		
	上記④から⑧までの内容については、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	愛知県岩倉市〇〇町1-2-3	
	事業所名称	株式会社 △△	
	事業主氏名	国保 一郎	
担当者氏名	国保 次郎	電話番号	0587-xx-xxxx

無症状で陽性の場合、検査日を記入してください。

受診状況を記入してください。

受診の有無にかかわらず、療養のために休んだ期間中の症状や経過を詳しくご記入ください。

別紙申請書（事業主記入用）の勤務状況と相違ないようお願いします。

別紙申請書（事業主記入用）の「無給休暇の日数」を記入してください（ただし、支給額の算定において療養のために休んだ初日から3日間は支給対象から除かれます。）。

受診の有無にかかわらず、必ず事業主の証明を受けてください。

記入例（事業主記入用）

従業員の方のお名前を記入してください。

別記様式（その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つ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。

×印の合計を記入してください。

新型コロナウイルス感染症（疑い含む）により労務に服することができなかった期間が数か月にわたる場合、それぞれの月ごとに記入ください。

被保険者氏名		岩倉 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。		左の事由による無給休暇の日数	
令和4年 4月	1 × × 4 5 × × 8 × × 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	6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○】、【年次有給休暇は△】、【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	5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	15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	15日	
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	9日	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか。		締日	
1 はい		20日	
2 いいえ		支払日	
給与の種類		1 当月	
□ 月給 <input checked="" type="checkbox"/> 時間給		2 翌月	
□ 日給 □ 歩合給		末日	
□ 日給月給 □ その他			
賃金計算			
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、賞与は除く。			

療養期間の初月から、過去3か月の勤務状況と賃金支給状況を記入してください。賃金計算が毎月20日締めで、4月2日から療養のため休んだ場合は、12月21日～3月20日について記載してください。

期間	単価（円）	12月21日～1月20日分	1月21日～2月20日分	2月21日～3月20日分
区分		(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）	(C) 支給額（円）
基本給				
時給	960	53760	61440	60480
時間外手当	1200	4800	7200	6000
手当				
手当				
現物給与				
計		58560	68640	66480
		賃金支給総額（上記（A）から（C）までの合計）		
		193680円		

時給以外で基本給を定めている場合は記入してください。

毎月の支給額（A～C）の計算方法がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

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4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 **愛知県岩倉市〇〇町1-2-3**

事業所名称 **株式会社 △△**

事業主氏名 **国保 一郎**

担当者氏名 **国保 次郎** 電話番号 **0587-xx-xxxx**

基本給以外に手当を支給している場合は記入してください。

担当者、電話番号を必ずご記入ください。